PERFORMANS YÖNETİMİ
KALİTE GELİŞTİRME
DAİRE BAŞKANLIĞI

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
THE MINISTRY OF HEALTH OF TURKEY

Hastane
Hizmet Kalite Standartları

ISBN: 978-975-590-368-2

© Yazarlar – Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, Ankara 2011

Bu kitabın her türlü yayın hakkı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı'na aittir. Başkanlığın yazılı izni olmadan, tanıtım amaçlı toplam bir sayfayı geçmeyecek alıntılar hariç olmak üzere, hiçbir şekilde kitabın tümü veya bir kısmı herhangi bir ortamda yayımlanamaz ve çoğaltılamaz. Yazarların, bu kitap içinde yer alan bilgileri başka kitap ve/veya dergilerde münferiden yayınlama hakları saklıdır.

Baskı:
Pozitif Matbaa Ltd. Şti.
Çamlıca Mah. 145. Sk. No: 10/16
Yenimahalle / Ankara
Tel: 312 397 00 31
pozitif@pozitifmatbaa.com

İÇİNDEKİLER

HKS Metodolojisi
Giriş 3
Kodlama Sistemi 7
Puanlama Sistemi 11
Tanımlar 13
Bilgilendirme Tablosu I 16
Bilgilendirme Tablosu II 17
Bilgilendirme Tablosu III 17
HKS Standart Sayıları Dağılım Tablosu 18
HKS Puansal Dağılım Tablosu 19

Kurumsal Hizmet Yönetimi
Yönetim Hizmetleri 23
Hasta Bakım Hizmetleri 43
Enfeksiyonların Kontrolü Ve Önlenmesi 44
Tesis Yönetimi 46
Acil Durum Ve Afet Yönetimi 49
Bilgi Yönetimi 52
Stok Yönetimi 56
Atık Yönetimi 58

Sağlık Hizmeti Yönetimi
Poliklinik Hizmetleri 63
Acil Sağlık Hizmetleri 67
Biyokimya Laboratuvar Hizmetleri 74
Mikrobiyoloji Laboratuvar Hizmetleri 79
Patoloji Laboratuvar Hizmetleri 85
Görüntüleme Hizmetleri 92
Endoskopi Hizmetleri 96
Klinikler 100
Ameliyathane Hizmetleri 108
Yoğun Bakım Hizmetleri 114
Yeni Doğan Yoğun Bakım Hizmetleri 123
Eczane Hizmetleri 131
Sterilizasyon Hizmetleri 135
Transfüzyon Tıbbı Hizmetleri 139
Ağız Ve Diş Sağlığı Hizmetleri 143
Fizik Tedavi Hizmetleri 147
Diyaliz Hizmetleri 150
Doğum Hizmetleri 157
Psikiyatri Hizmetleri 163
Nükleer Tıp Hizmetleri 172

Destek Hizmeti Yönetimi
Hasta Dosyası ve Arşiv Hizmetleri 179
Mutfak Hizmetleri 181
Çamaşırhane Hizmetleri 183
Morg Hizmetleri 185

İndikatör Yönetimi
Kalite İndikatörleri 189

ÖNSÖZ

Ülkemizde sunulan sağlık hizmetleri, her geçen gün son teknoloji kullanımı, alt yapı gelişimi, insan gücü kapasitesi ve niteliği anlamında gelişmiş batı ülkelerini aratmayacak şekilde hatta birçok alanda da örnek olacak şekilde gelişmektedir.

Her zaman daha iyisini gerçekleştirme adına, Bakanlık çalışmaları sürekli değişim ve yenilenme sürecinden geçmektedir. Bu çalışmalardan biri de sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin değerlendirilmesine ve iyileştirilmesine yönelik hazırlanan Hizmet Kalite Standartları'dır. Bu standartlar kapsamında yaptığımız çalışmalar bize **"Kalite geliştirme asla sona ermeyecek bir seyahattir"** sözünü hatırlatmaktadır.

Bakanlığımızca 2005 yılında başlatılan sağlık kurumlarında kalite çalışmaları bugün geldiği nokta itibariyle ülkemizde sağlık hizmeti sunan tüm kurumları kapsadığı gibi, bu alanda her türlü rehberliği de içinde barındırmaktadır. Ayrıca uluslar arası arenada da hem kabul görme hem de etkinlik anlamında önemli mesafe kaydedilmiştir.

"Hizmet Kalite Standartları" hazırlanırken son 5-6 yılda elde edilen tecrübeler, uluslar arası uygulamalar, uzmanlık görüşleri, Bakanlık stratejisi ve hedefleri dikkate alınmıştır. Bu standartlar son iki yıl içinde yoğun tartışmalar ve araştırmalar sonucunda büyük bir emek harcanarak hazırlanmıştır. Saatlerce hatta günlerce üzerinde tartışılan en önemli ve kritik tartışmalardan birisi, standartların kendisinden ziyade bu standartların etkinliğini artıracak, değerlendirmesini kolaylaştıracak ve kurumun tüm bölümlerini kapsayacak şekilde ana bir iskelet üzerine oturtulması ve boyutlandırılmasıydı. Bu nedenledir ki bu yoğun çalışmalar, tartışmalar ve araştırmalar sonucu ortaya çıkan **"HKS boyutlandırma sistematiği"** bir ilktir. Artık daha sağlam bir temele oturtulmuş bir standart setimiz bulunmaktadır. Bu standartların hazırlanma serüveni **"HKS Metodolojisi"** başlığı altında daha detaylı olarak yer almaktadır.

Kamu, özel ve üniversite hastanesi olmak üzere tüm hastanelerimizi kapsayan bu standart seti, sağlık çalışanlarının uygulamalarında onlara doğru işi doğru zamanda ve doğru bir şekilde yapmalarını sağlayacak bir içeriğe sahiptir. Ayrıca her yönetici daha başarılı olmak adına bu standartları uygulama noktasında öncülük etmeli ve birçok konuda rol model olmalıdır.

Hasta ve çalışan güvenliğini merkezine alan bu çalışmalar ve ortaya konan bu standartlar, birçok ülkenin ulusal anlamda hayata geçirdiği ulusal kalite sistemlerinde olduğu gibi, ülkemizde de kurulacak olan ulusal kalite sisteminin temeli olan önemli bir çalışmadır. Ayrıca bu standartlardan hareketle hazırlanan uygulamaya yönelik rehberler hem ulusal kalite sisteminin gelişimine hem de kurumlarımıza çalışmalarında önemli katkılar sağlayacaktır.

Son söz olarak sağlık hizmetlerinin sunumunda artık bir marka olan **"HKS"** hem sağlık çalışanlarının hem de hastaların güvenliği ve memnuniyeti açısından büyük öneme sahiptir. Daha güvenli ortamlarda hizmet etmek ve daha güvenli uygulamalarla karşılaşmak adına bu standartların hazırlanmasında emeği geçen başta Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı çalışanları olmak üzere katkı veren tüm taraflara teşekkür eder, daha başarılı çalışmalara hep birlikte imza atmayı dilerim.

Prof. Dr. Adnan ÇİNAL

Editörler

Prof. Dr. Adnan Çinal
Prof. Dr. İrfan Şencan
Dr. Mehmet Demir

Hazırlayanlar

Dr. Hasan Güler
Dr. Abdullah Öztürk
Süleyman Hafız Kapan
Uzm. Dr. Dilek Tarhan
Mik. Uzm. Serap Süzük
Dr. Kemal Tekin
Uzm. Günnur Ertong
Uzm. Demet Kavak
Uzm. Sabahattin Tekingündüz
Uzm. Hem. Banu Turasan
Uzm. Dr. Ferzane Mercan
Uzm. Mehmet Saluvan
Elif Kesen
Dt. İsmail Serdaroğlu
Uzm. Dr. Merve Akın

TEŞEKKÜR

Sağlık Bakanlığı
Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı çalışanlarına,
pilot çalışma yapılan kamu, özel ve üniversite hastanelerine,
değerlendiricilere, eğitimcilere,
tüm sağlık çalışanlarına,
teşekkür ederiz.

HKS Metodolojisi

Giriş

Sağlıkta Dönüşüm Programının ana hedeflerinden biride sağlık hizmetlerinde sürekli kalite gelişimini sağlamaktır. 2003 yılında ülkemize özgü bir uygulama olarak performansa dayalı ek ödeme sistemi geliştirilmiş, ikinci bir aşama olarak da bu sisteme 2005 yılında sağlık hizmet sunumunda kaliteyi esas alan Kurumsal Performans ve Kaliteyi Geliştirme çalışması ile kalite boyutu eklenmiştir. Böylece sağlık hizmetine erişim, hizmet alt yapısı, süreçlerin değerlendirilmesi, hasta memnuniyetinin ölçülmesi ve belirlenen hedeflere ulaşma derecesinin ölçümüne dayalı kapsamlı bir hastane değerlendirme sistemi hayata geçirilmiştir.

2005 yılında kamu hastanelerinde hayata geçirilen Kurumsal Performans ve Kaliteyi Geliştirme çalışmasının en önemli parametresini **kalite kriterleri** oluşturmaktadır. 100 sorudan oluşan kalite kriterleri, 2007 yılı başında yapılan revizyonla 150 sorudan oluşan bir set halini almıştır. 2008 yılında yapılan revizyonda ise 150 sorudan oluşan kalite kriterleri tamamen revize edilerek hem yapısal, hem dizayn hem de metodolojik açıdan yeniden düzenlenmiştir. Kalite kriterleri Hizmet Kalite Standartları adını alarak toplam 354 standart ve yaklaşık 900 alt bileşenden oluşan bir set halini almıştır. 2009 yılı içinde özel hastane ve üniversite hastanelerine yönelik olarak toplam 388 standart ve yaklaşık 1450 alt bileşenden oluşan **"Özel Hastane Hizmet Kalite Standartları"** hazırlanarak yayınlanmıştır.

Hizmet Kalite Standartları pek çok uzman tarafından ulusal ve uluslararası kaynaklar doğrultusunda farklı kurumsal yapılanmalar, problemli alanlar, ülke koşulları dikkatle alınarak hazırlanmıştır. Değerlendiricilerin, hastane kalite temsilcilerinin, farklı çevrelerden çeşitli uzmanların geri bildirimleri, görüş ve önerileri değerlendirilmekte ve nihayetinde Başkanlık ekibinin bugüne kadar edindiği tecrübe de kullanılarak son derece titiz bir çalışma ile hastanelerimiz için tüm süreçlere ışık tutan bir değerlendirme aracına ulaşılmaktadır.

Hizmet Kalite Standartları ve birlikte yayımlanan rehberler, sağlık hizmeti sunanlara uygulamalarında yol göstermek misyonuna sahip olduğu gibi bu uygulamaların yerinde değerlendirilmesi aşamasında da bir çizelge fonksiyonu görmektedir. Bakanlığa biçilen bu rol ve görevler ışığında geliştirilen bu standart ve rehberlerle birlikte hem uygulayıcıların hem de uygulamaları değerlendirecek olan Bakanlık ekiplerinin eğitilmesi sistemin bütüncül anlamda olumlu ve etkin bir yapıya bürünmesini sağlamaktadır.

Ayrıca dünyada çeşitli ülke örnekleri incelendiğinde, sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılmasına yönelik yapılan çalışmaların artık daha çok ulusal kalite ve akreditasyon sistemleri üzerinden yürütülmekte olduğunu görmekteyiz. Çünkü ülkelerin sağlık sistemlerinin ihtiyaçları, öncelikleri, farklı beklentileri ve uluslar arası akreditasyon sistemlerinin getirdiği mali yük gibi sebepler dünyada pek çok ülkenin sağlıkta ulusal bir kalite sistemi kurmasına sebep olmuştur. Bu bağlamda **Sağlıkta Ulusal Kalite Sistemine** sahip ülkeler arasında İngiltere, Kanada, Fransa, Danimarka gibi gelişmiş ülkeler bulunduğu gibi, Tayland, Mısır, Hindistan, Kırgızistan ve Malezya gibi gelişmekte olan ülkeleri de görmek mümkün.

Ülkemizde de sağlıkta ulusal bir kalite sistemi oluşturulurken, kamu ve özel hastaneler iki farklı standart seti ile değerlendirilmekteydi. Ancak sağlık kurumlarını kamu, özel ve üniversite olarak ayırmadan hizmet standardizasyonunda yakınlık sağlamak, kurumlar arası deneyim paylaşımı için zemin hazırlamak ve sağlıkta ulusal kalite sistemini kurmak amacıyla, kamu ve üniversite hastaneleri ile özel hastaneleri kapsayacak şekilde **"Hastane Hizmet Kalite Standartları"** setinin hazırlanması için yoğun bir çalışma başlatıldı.

Bu kapsamda aşağıda yer alan hususlar gözetilerek standartlar hazırlanmaya başlandı.

1. Standartların kurum içinde değerlendirilmesi, birbiri ile ilişkilendirilmesi ve kurumun tüm bölümlerini kapsaması için boyutlandırma yapısının geliştirilmesi,
2. Standartların bu boyutlandırma yapısına göre hazırlanması ve dizayn edilmesi,
3. Belirlenen standartların geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının yapılması,
4. Standartların izlenebilirliği ve analizi için özgün bir kodlama sisteminin geliştirilmesi,
5. Standartların puanlandırılmasının belli bir kural ve stratejiye göre yapılması,
6. Tanımlar dizininin oluşturulması,
7. Bilgilendirme tablolarının oluşturulması.

1. Boyutlandırma Yapısının Geliştirilmesi:

Boyutlandırma sisteminde, Standartlar dikey ve yatay olmak üzere 5 boyuttan oluşan bir model üzerine yerleştirildi ve kurumun tüm bölümlerini kapsayacak şekilde dizayn edildi. Dikey boyutlarda, **Kurumsal Hizmet Yönetimi, Sağlık Hizmeti Yönetimi, Destek Hizmeti Yönetimi, İndikatör Yönetimi** yer alırken yatay boyutta ise **Hasta ve Çalışan Güvenliği** bulunmaktadır. Bu şekilde ülkemize özgü bir boyutlandırma yapısı geliştirildi.

2. Standartların Hazırlanması:

Standartlar hazırlanırken mevcut kamu ve özel hastaneler Hizmet Kalite Standartları başta olmak üzere, ulusal ve uluslararası kaynaklar incelenerek, ülke ihtiyaçları, ülke koşulları dikkatle alınarak ve Bakanlık stratejik hedefleri gözetilerek hazırlanmıştır. Bununla birlikte sahada çalışan değerlendiriciler, hastane kalite temsilcileri ve çeşitli uzmanların geri bildirimleri, görüş ve önerileri alınmış ve nihayetinde Başkanlık ekibinin bugüne kadar edindiği tecrübede kullanılarak son derece titiz bir çalışma ile pilot çalışmaya hazır hale getirilmiştir. Ayrıca niteliksel olarak standartların hasta ve çalışan güvenliği ekseninde olmakla birlikte israfı önleyen, maliyet-etkin, verimliliği ve memnuniyeti önceleyen bir kavramsal bakış açısıyla hazırlanması esas alınmıştır.

3. Standartların Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması:

Geliştirilen standartların hastanelerde uygulanabilirliğini ve anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacıyla farklı illerden, farklı hastane türünden ve farklı sektörlerden 24 hastanede pilot çalışmalar yapılarak standartların geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.

Pilot Çalışma Yapılan Hastaneler		
Sağlık Bakanlığı Hastaneleri		
Sıra No	**İl Adı**	**Hastane Adı**
1	Ankara	Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi
2	Ankara	Ankara Fizik Tedavi Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi
3	Ankara	Zekai Tahir Burak Kadın Doğum Eğitim ve Araştırma Hastanesi
4	Ankara	Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
5	Ankara	Ulucanlar Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi
6	İzmir	Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
7	İzmir	Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi
8	İzmir	Suat Seren Göğüs Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi
9	İzmir	Dr. Behçet Uz Çocuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
10	Antalya	Atatürk Devlet Hastanesi
11	Antalya	Kemer Devlet hastanesi
12	Bolu	Bolu İzzet Baysal Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi
13	Eskişehir	Yunus Emre Devlet Hastanesi
14	Mardin	Mardin Devlet Hastanesi
Üniversite Hastaneleri		
15	Ankara	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi
16	Ankara	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi
Özel Hastaneler		
17	Ankara	Bayındır Hastanesi
18	Ankara	TOBB ETÜ Hastanesi
19	Ankara	Dünya Göz Hastanesi
20	Ankara	Akay Hastanesi
21	Ankara	İncek Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi
22	İzmir	Karşıyaka Göz Hastanesi
23	Adana	Can Doğum ve Cerrahi Hastanesi
24	Eskişehir	BSK Anadolu Hastanesi

4. Kodlama Sisteminin Geliştirilmesi:

Standartların hastanelerde karşılanma derecesinin belirlenmesinde istatistikî bir kayıt oluşturmak ve standartlara bir kimlik kazandırarak izlenebilirliğini sağlamak amacıyla **kodlama sistemi** geliştirildi ve standartlar bu sisteme uygun olarak düzenlendi. Bu yolla standartlara verilen kodlar, verinin işlenmesine ve hastaneler arasında bir kıyaslamanın yapılmasına da olanak sağlayacaktır. Kodlama ayrıca dikey ve yatay boyutlara sahip olan standartların ilgili boyutları hakkında da kullanıcılara pratik bir bilgi sağlayacaktır.

5. Puanlama Sisteminin Geliştirilmesi:

Hazırlanan standartların puanlanması için bir sistem geliştirilmiştir. Bu sistemde belli bir kural ve stratejiye göre puanlama yapılarak, standartlar arasında kıyaslama yapılabilmesi hedeflenmiştir. Ayrıca standartları belli bir kategorizasyona dahil ederek puanlamada bütüncül, dengeli ve ağırlıklı bir yapı ortaya konmuştur.

6. Tanımlar Dizininin Oluşturulması:

Hazırlanan standartların uygulama ve değerlendirme sürecinde uygulayıcılar ve değerlendiriciler arasında ortak bir dil oluşturulması amacıyla tanımlar dizini oluşturulmuştur.

7. Bilgilendirme Tablolarının Oluşturulması:

Standartların uygulaması aşamasında, kurumları hem bilgilendirmek hem de kurumun özelliğinden ve/veya uygulamasından dolayı kurumda geçerliliği olmayan standartlar tespit edilerek puanlandırmada kullanılmamıştır.

Sonuçta Türkiye sağlık sisteminde; amacı, hizmetin kalitesini artırarak toplum sağlığını geliştirmek olan, tüm hizmet sunucuları için aynı yüksek kalitede hizmeti hedefleyen ve aynı değerlendirme sistemi ile kurumları periyodik olarak değerlendiren, sürekli iyileştirmeyi hedefleyen, çalışan güvenliği ve çalışanın yararını en az hasta güvenliği ve hastanın yararı kadar önemseyen ve ayrıca üst otoritenin rehberlik ve önderlik fonksiyonunu üstlendiği bir sistem oluşturulması yönünde büyük mesafeler kat edilmiştir. Bilimsel ve doğru bir metodoloji izlenerek hazırlanan ve gelişim sürecinde de aynı titizliğin gösterildiği bu çalışmalarda **"Hastane Hizmet Kalite Standartları"**nın etkinliği ve kabul edilebilirliği artmakta ve tüm paydaşların sahiplendiği ortak bir ürün olarak karşımıza çıkmaktadır. Sonuçta Sağlıkta Ulusal Kalite Sisteminin ana eksenini oluşturan **"Hastane Hizmet Kalite Standartları"** hem ülkemize özgü oluşu hem de uluslar arası çalışmaların sentezini bünyesinde barındırması ile sağlık sektörüne çok önemli katkılar sunmaya devam edecektir. Yapılan bu çalışmalar gelişime açık olup bugüne kadar olduğu gibi bundan sonra da; bilimsel çalışmalar, teknolojik gelişmeler, geri bildirimler, deneyimler ve ülke ihtiyaçları, süreç içinde bu çalışmaları besleyen ve zenginleştiren unsurlar olmaya devam edecektir.

Kodlama Sistemi

Hizmet Kalite Standartları; süreçleri farklı açılardan sistematik bir şekilde ele alan, uygulayıcılara yol gösterici özellik taşıyan ve uygulamaların değerlendirilmesinde kullanılan standartlar bütünüdür. Bu bağlamda, standartlar kendi içinde de bir sistematik yapıya sahiptir. Bu yapıda boyutlar, bölümler, standartlar ve değerlendirme ölçütleri yer almakta olup bu yapı bir kodlama sistemi ile tanımlanmaktadır. Kodlama sistemi, standartlara kimlik kazandırmaktadır. Kodlama sistemi standartların kurumlarda karşılanma derecesinin belirlenmesine, verinin analizine ve kurumlar arası kıyaslama yapılmasına olanak sağlayacaktır.

Hastane HKS Kodlama Sistemi

1. Hastane HKS yatay ve dikey olmak üzere beş boyuttan oluşmaktadır. Yatay boyutta Hasta ve Çalışan Güvenliği, dikey boyutta ise Kurumsal Hizmet Yönetimi, Sağlık Hizmeti Yönetimi, Destek Hizmeti Yönetimi ve İndikatör Yönetimi yer almaktadır.
2. Kodlama 5 kısımdan oluşur. Kodlamada, ilk 4 kısım iki basamaklı sayılardan, 5'nci kısım bir harften oluşur.

   Örnek: 01.04.03.00.H
3. Birinci kısımdaki iki basamaklı sayı dikey boyutları tanımlar.

   01: Kurumsal Hizmet Yönetimi

   02: Sağlık Hizmeti Yönetimi

   03: Destek Hizmeti Yönetimi

   04: İndikatör Yönetimi
4. İkinci kısımda yer alan iki basamaklı sayı dikey boyutların içinde bulunan bölümü tanımlar (Tablo 1).
5. **Üçüncü kısımda** yer alan iki basamaklı sayı, bölüm içindeki **standardın** sıralamadaki yerini tanımlar.
6. **Dördüncü kısımdaki** iki basamaklı sayı **standardı ve değerlendirme ölçütünü** tanımlar.
   - Standart 00 ile tanımlanır.
   - Değerlendirme ölçütü 01'den başlayıp ardışık artan sayılar ile tanımlanır.
   - Değerlendirme ölçütüne ait alt kırılımlar "o" işareti ile tanımlanır.
7. **Beşinci kısım** yatay boyutu gösterir. **"H"**, **"Ç"** ve **"G"** harfleri ile tanımlanır.
   - Hasta güvenliği ile ilgili bir standartta, standart ve değerlendirme ölçütü "H" harfi ile tanımlanır.
   - Çalışan güvenliği ile ilgili standartta, standart ve değerlendirme ölçütü "Ç" harfi ile tanımlanır.
   - Hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili standartta, standart ve değerlendirme ölçütü "G" harfi ile tanımlanır.
   - Hasta güvenliği, çalışan güvenliği, hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili olmayan standartta, standart ve değerlendirme ölçütünde harf kullanılmaz.

Tablo 1. HKS'nin Dikey Boyutlarını Oluşturan Bölümler

Bölüm Kodu	Bölüm Adı
	Kurumsal Hizmet Yönetimi
01	Yönetim Hizmetleri
02	Hasta Bakım Hizmetleri
03	Enfeksiyonların Kontrolü Ve Önlenmesi
04	Tesis Yönetimi
05	Acil Durum Ve Afet Yönetimi
06	Bilgi Yönetimi
07	Stok Yönetimi
08	Atık Yönetimi
	Sağlık Hizmeti Yönetimi
01	Poliklinik Hizmetleri
02	Acil Sağlık Hizmetleri
03	Biyokimya Laboratuvar Hizmetleri
04	Mikrobiyoloji Laboratuvar Hizmetleri
05	Patoloji Laboratuvar Hizmetleri
06	Görüntüleme Hizmetleri
07	Endoskopi Hizmetleri
08	Klinikler
09	Ameliyathane Hizmetleri
10	Yoğun Bakım Hizmetleri
11	Yeni Doğan Yoğun Bakım Hizmetleri
12	Eczane Hizmetleri
13	Sterilizasyon Hizmetleri
14	Transfüzyon Tıbbı Hizmetleri
15	Ağız Ve Diş Sağlığı Hizmetleri
16	Fizik Tedavi Hizmetleri
17	Diyaliz Hizmetleri
18	Doğum Hizmetleri
19	Psikiyatri Hizmetleri
20	Nükleer Tıp Hizmetleri
	Destek Hizmeti Yönetimi
01	Hasta Dosyası Ve Arşiv Hizmetleri
02	Mutfak Hizmetleri
03	Çamaşırhane Hizmetleri
04	Morg Hizmetleri
	İndikatör Yönetimi
01	Kalite İndikatörleri

8. Yürürlükten kaldırılan standartların kodları başka bir standartta kullanılmaz. Revizyonu yapılan standart için aynı kod kullanılmaya devam eder ve kodun başına kaçıncı revizyon olduğu yazılır.

9. Kurumsal Hizmet Yönetimi'nde yer alan bazı standartlar Sağlık Hizmeti Yönetimi ve Destek Hizmeti Yönetimi ile ilişkili olduğundan bu standartlar Kurumsal Hizmet Yönetimindeki kodları ile ilgili bölümlerde de yer almaktadır.

10. Örnekler:

Örnek 1

01.01.21.00.H kodu;

- Birinci kısımdaki "01", Kurumsal Hizmet Yönetimini,
- İkinci kısımdaki "01", Yönetim Hizmetleri Bölümünü,
- Üçüncü kısımdaki "21", 21. Standardı,
- Dördüncü kısımdaki "00", Standardın kendisini,
- Beşinci kısımdaki "H", Standardın Hasta Güvenliği ile ilgili olduğunu tanımlar.

Örnek 2

01.01.21.01.H kodu;

- Birinci kısımdaki "01", Kurumsal Hizmet Yönetimini,
- İkinci kısımdaki "01", Yönetim Hizmetleri Bölümünü,
- Üçüncü kısımdaki "21", 21. Standardı,
- Dördüncü kısımdaki "01", Standardın 1. Değerlendirme Ölçütünü,
- Beşinci kısımdaki "H", Standardın Hasta Güvenliği ile ilgili olduğunu tanımlar.

Puanlama Sistemi

Hazırlanan standartların puanlanması için bir sistem geliştirilmiştir. Bu sistemde belli bir kural ve stratejiye göre puanlama yapılarak, standartlar arasında kıyaslama yapılabilmesi hedeflenmiştir. Ayrıca standartları belli bir kategorizasyona dahil ederek puanlamada bütüncül, dengeli ve ağırlıklı bir yapı ortaya konmuştur.

Böylelikle Hastane Hizmet Kalite Standartları'nın puanlandırılmasına yönelik özgün bir puanlama sistemi hayata geçirilmiştir.

HKS Puanlama Sistemi

1. Puanlamada 5 ve 5'in katları kullanılır.

Standart Özelliği	Puan
Yazılı düzenleme ile ilgili standartlar	5
Eğitim ile ilgili standartlar	10
Kalite yönetimi ile ilgili standartlar	10
Fiziksel özellikler ile ilgili standartlar	10
Sürece yönelik uygulamaları içeren standartlar-1	10
Sürece yönelik uygulamaları içeren standartlar-2	15
Hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili standartlar-1	15
İndikatör takibi ile ilgili standartlar-1	15
Hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili standartlar-2	20
Öz değerlendirme, komiteler, engelli kişilere yönelik standartlar	20
İndikatör takibi ile ilgili standartlar-2	20

2. Puanlamada, standart puanlandırılır.

- Değerlendirme ölçütleri puanlandırılmaz.

3. Değerlendirmede standart ve standardın değerlendirme ölçütleri **Evet, Hayır** ve **Değerlendirme Dışı** olarak tanımlanır.

4. Değerlendirme sonucu puanlama yapılırken;

- **Evet:** Standardın tüm değerlendirme ölçütleri ile birlikte karşılanması durumunu ifade eder ve **tam puan** verilir.
- **Hayır:** Standardın kendisinin veya en az bir değerlendirme ölçütünün karşılanmadığı durumu ifade eder ve **0 (sıfır)** puan verilir.
- **Değerlendirme Dışı:** Hastanede değerlendirilmeyecek standartları ifade eder ve puanlandırma yapılmaz.

5. Hastane HKS Sağlık Hizmeti Yönetimi boyutunda yer alan bölümlerden, birden fazla aynı bölüm (klinikler, yoğun bakım vb.) değerlendirildiğinde, puanlama, tek bir bölüm olarak yapılır. Örneğin bir hastanede birden fazla yoğun bakım bulunması durumunda ve yoğun bakım üniteleri standartlar açısından değerlendirildiğinde, ilgili standart birinci yoğun bakımda karşılanmış (evet), ikinci yoğun bakımda karşılanmamış (hayır) ise puanlama yapılırken, bu standart karşılanmamış (hayır) sayılır.

6. Hastane HKS Kurumsal Hizmet Yönetimi'nde yer alan standartlar hastanenin genelinde ve tüm bölümlerinde değerlendirilir ve puanlandırılır.

Tanımlar

Bölüm: HKS'de yer alan 4 dikey boyutun her birisi (Kurumsal Hizmet Yönetimi, Sağlık Hizmeti Yönetimi, Destek Hizmet Yönetimi ve İndikatör Yönetimi) içinde yer alan bölümlerdir (Patoloji, Acil Servis, Yeni Doğan Yoğun Bakım ünitesi, Diyaliz ünitesi, Doğumhane, Bilgi Yönetimi, Tesis Güvenliği gibi).

Hastane Bilgi Rehberi: Halkla İlişkiler hizmeti sunulan birimlerde bulunan ve hastane krokisini, hastanede sunulan hizmetleri, bu hizmetlerden nasıl faydalanılacağını ve bölümlerin kurum içi güncel telefon bilgilerini içeren rehberdir.

Genel Uyum Eğitimi: Hastanede çalışmaya yeni başlayan personele kurumun tanıtılması amacıyla yapılan eğitimdir. Bu eğitimde asgari;

- Hastanenin fiziki yapısı,
- Hizmet sunulan bölümler,
- Yönetsel yapı ve yöneticiler,
- Çalışma koşulları,
- İzinler,
- Hastaneye ulaşım,
- Hastane iletişim bilgileri kapsar.

Bölüm Uyum Eğitimi: Bölümde çalışmaya yeni başlayan çalışanlara bölümün tanıtılması amacıyla yapılan eğitimdir. Bu eğitimde asgari;

- Bölüm yönetici ve çalışanları,
- Bölümün faaliyetleri ve işleyişi,
- Bölümün fiziki yapısı,
- Çalışanların mesleki kategorilerine göre görev, yetki ve sorumlulukları,
- Bölüm ile ilgili yazılı düzenlemeler,
- Bölüm ile ilgili Hizmet Kalite Standartları,
- Hastane bilgi yönetim sisteminde çalışan tarafından çalışacağı bölüm ile ilgili modülün eğitimini kapsar.

Öz Değerlendirme: Hastane Kalite Yönetim Direktörünün sorumluluğunda Hizmet Kalite Standartları esas alınarak kurum içinde gerçekleştirilen değerlendirmedir.

Kimlik Tanımlayıcı: Doğru hastaya doğru işlemin yapılmasını sağlamak üzere, yatışı yapılan her hasta da (günü birlik hastalar dâhil) kimlik doğrulaması için kullanılan tanımlayıcıyıdır.

Acil Müdahale Seti: Acil müdahale setinde asgari;

- Laringoskop seti ve yedek pilleri (çocuk ve erişkin için),
- Balon-valf-maske sistemi,

- Değişik boylarda maske,
- Oksijen hortumu ve maskeleri,
- Entübasyon tüpü (çocuk ve erişkin boyları),
- Yardımcı hava yolu araçları (laringeal maske, airway ya da kombi tüp),
- Enjektörler,
- Kişisel koruyucu ekipman bulunmalıdır.

Acil müdahale setinde bulunması gereken ilaçlar, bölümün ihtiyacı ve hasta portföyüne göre belirlenmelidir. Ameliyathane, yoğun bakım ve diyaliz bölümlerinde ayrıca acil müdahale seti içinde defibrilatör bulunmalıdır.

Ameliyathane Alanları: Ayrımı görsel olarak (şerit, tabela gibi) yapılmış

- **Steril olmayan alan;** ameliyathanenin dışa açılan alanı,
- **Yarı steril alan;**
  - Steril ve steril olmayan alanlarla bağlantısı olan koridorlar,
  - Ameliyathanenin destek hizmetlerinin sunulduğu alanlar,
  - Temiz ve steril depolar,
  - Cerrahi atıkların toplandığı alanlar,
  - Çamaşırların toplandığı alanlar,
  - Dinlenme odaları,
  - Hasta hazırlık ve uyanma odaları,
- **Steril alan;** Steril olmayan alan ile bağlantısı bulunmayan ameliyat salonları ve cerrahi el yıkama işleminin yapıldığı alanları kapsar.

Riskli Girişimsel İşlem: Tanı veya tedavi amacı ile hastanın cilt/mukoza bütünlüğünü bozarak bir organa veya GİS, üriner sistem, respiratuar sistem lümenlerine yönelik yapılan tıbbi işlemlerdir.

Kontrol Listesi Sorumlusu: Cerrahi sürecin her aşamasında Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi[TR]'ni cerrahi ekip ve hastadan aldığı bilgiler doğrultusunda dolduran kişidir.

Kişisel Koruyucu Ekipman: Çalışma ortamındaki risklere ve tehlikelere karşı çalışan tarafından kullanılan giysi, araç ve malzemelerdir. Bölümün niteliğine göre farklı özellikte kişisel koruyucu ekipman bulundurulması gerekebilir. Bu malzemeler;

- Önlük,
- Eldiven,
- Ağız-burun maskesi,
- Yüz maskesi
- Nem bariyerli önlük,
- Endüstriyel tip toz maskesi,

- Polietilen laminasyonlu ve destekli PVA eldivenler,
- N95 solunum maskesi,
- Dirseklere kadar uzanan kalın steril eldivenler,
- El antiseptik solüsyonları,
- Sabun,
- Kâğıt havlu gibi,

Radyasyon Yayan Cihazların Bulunduğu Alanlar: Görüntüleme hizmetlerinin sunulduğu bölümler, Nükleer Tıp, ESWL üniteleri, radyoterapi üniteleri, kateter anjiyografi laboratuarı, ağız ve diş sağlığı bölümlerinin görüntüleme birimleri, ameliyathanede skopi ile işlem yapılan alanlardır. Bu alanların tümünde radyasyon güvenlik önlemleri alınmalıdır.

Radyasyon Uyarı Levhaları: Radyasyon yayan cihazların bulunduğu alanların girişinde ve radyasyonlu alanlarda uyarı amacı ile kullanılan temel radyasyon simgeleri ve radyasyona maruz kalma tehlikesini anlaşılabilir şekilde gösteren simge ve renkleri taşıyan işaretlerdir.

Kurşun Koruyucular: Radyasyonlu alanlarda; hastaların, hasta yakınlarının ve çalışanların radyasyondan korunmasına yönelik kullanılan;

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

Kritik Stok Seviyesi: İlaç/malzemenin temini için gerekli işlemlerin başlatılması gerektiğini gösteren miktardır.

Minimum Stok Seviyesi: Her zaman mutlaka bulundurulması gereken miktardır.

Maksimum Stok Seviyesi: Önceki yıllar kullanım miktarları esas alınarak belirlenmiş, gereksiz malzeme stokunu önleyecek en üst miktardır.

Kişisel Bakım Alanları: Bölümlerdeki banyo, tuvalet ve lavaboları ifade eder.

Hasta Başı Test Cihazları (HBTC): Sağlık Hizmeti sunulan bölümlerde tetkik amacıyla kullanılan (glukometre, kangazı cihazı vb.) test cihazlarıdır.

Sözel İstem: Hekimin hastanede bulunmaması veya acil bir durumda hastaya uygulanacak tedavi ve işlemler için hekim-hekim veya hekim-hemşire arasında gerçekleşen sözel iletişimi ifade eder.

Hekim Seçme Hakkı: Hastaneye tanı ve tedavi amacıyla başvuran hastaların poliklinik bölümünde hizmet veren ilgili branş uzmanlarından istediğini seçebilmesini ifade eder.

Bilgilendirme Tablosu I

Standart Kodu	Standart Adı	Açıklama
01.01.38.02.H	Düşme riski olan hastalar dört yapraklı yonca figürü ile tanımlanmalı ve bu tanımlayıcı hastanın odasının giriş kapısında bulunmalıdır.	Dört yapraklı yonca figürü birden fazla hastanın bulunduğu odalarda yatak başına asılabilir.
01.01.48.00.H	Pembe kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	Çocuk hastaneleri, kadın doğum hastaneleri, kadın doğum kliniği ve pediatri kliniği olan hastanelerde değerlendirilir.
01.01.50.00	Organ bağışına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	Yoğun Bakımı bulunmayan ve sadece 1. basamak yoğun bakımı olan hastanelerde ve yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde değerlendirme dışıdır.
01.01.64.00	Hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik düzenlemeler bulunmalıdır.	Yenidoğan Yoğun Bakım Üniteleri ile 5 yaş ve altı çocukların izlendiği kliniklerde değerlendirme dışıdır.
01.03.06.02	Her yatak başında alkol bazlı el antiseptik solüsyonları bulunmalıdır.	İki yatak arasında bir el antiseptiği bulunması yeterlidir.
01.05.04.02	Acil çıkış kapıları içeriden panik barlı olmalı,	Zihinsel engelli, tutuklu veya ıslah edilenlerin barındığı bölümlerde kilit kullanılmasına izin verilir.
02.02.01.06	Resüsitasyon için ayrı bir oda oluşturulmalıdır.	Dal hastanelerinde oda yerine belli bir alan ayrılması yeterlidir.
02.04.15.00	Kültür plaklarının dekontaminasyonuna yönelik düzenleme yapılmalıdır.	Tıbbi atıkların bertarafını, tıbbi atık sterilizasyon ünitesi bulunan tesislerde yaptıran kurumlarda değerlendirme dışıdır.
02.10.03.00	Hastaların nakil sürecine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	1. basamak yoğun bakımlarda değerlendirme dışıdır.
02.10.01.06	Sterilizasyon şartlarını sağlayacak şekilde hepafiltre veya benzeri mikroorganizmaları süzebilen ve tutabilen havalandırma sistemi bulunmalıdır.	1. ve 2. basamak yoğun bakım ünitelerinde değerlendirme dışıdır.
02.10.07.00	Hastalar, hastalık şiddetini belirleyen skorlama sistemleri ile değerlendirilmelidir.	1. ve 2. basamak yoğun bakım ünitelerinde değerlendirme dışıdır.
02.11.08.00	Bebekler, hastalık şiddetini belirleyen skorlama sistemleri ile değerlendirilmelidir.	1. ve 2. basamak yoğun bakım ünitelerinde değerlendirme dışıdır.
02.15.04.02	Amalgamatörlerde kalan amalgamların temizliğine yönelik düzenleme yapılmalı,	Kapsül amalgam kullanan kurumlarda değerlendirme dışıdır.
04.01.03.00	Yoğun bakım mortalite oranları izlenmelidir	1. ve 2. basamak yoğun bakım ünitelerinde değerlendirme dışıdır.
04.01.04.00	Yoğun bakım ünitesinde bası ülseri oranları izlenmelidir.	Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde ve Çocuk Yoğun Bakım Ünitelerinde ve 1. Basamak Yoğun Bakım Ünitelerinde değerlendirme dışıdır.

Bilgilendirme Tablosu II		
Görüntüleme Hizmetlerine Ait Randevu Ve Sonuç Verme Süreleri		
Görüntüleme Hizmet Türü	**Randevu Verme Süresi**	**Sonuç Verme Süresi**
CT	Tetkikin istendiği günden itibaren en geç 10 iş günü	Tetkikin yapıldığı gün hariç 3 iş günü
MR	Tetkikin istendiği günden itibaren en geç 10 iş günü	Tetkikin yapıldığı gün hariç 3 iş günü
EKO	Tetkikin istendiği günden itibaren en geç 5 iş günü	Tetkik yapıldıktan sonraki 30 dk.
USG	Tetkikin istendiği günden itibaren en geç 3 iş günü	Tetkik yapıldıktan sonraki 30 dk.
EEG	Tetkikin istendiği günden itibaren en geç 20 iş günü	Tetkikin yapıldığı gün hariç 3 iş günü
EMG	Tetkikin istendiği günden itibaren en geç 20 iş günü	Tetkikin yapıldığı gün hariç 3 iş günü

Bilgilendirme Tablosu III Tanımlayıcı Figürler Tablosu	
 Düşme Riski Olan Hastalarda Dört Yapraklı Yonca	 Solunum İzolasyonunda Sarı Yaprak
 Damlacık İzolasyonunda Mavi Çiçek	 Temas İzolasyonunda Kırmızı Yıldız

HKS Standart Sayıları Dağılım Tablosu

Dikey Boyut	Bölüm No	HKS	Boyut/ Bölüm	Hasta Güvenliği (H)	Çalışan Güvenliği (Ç)	Hasta ve Çalışan Güvenliği (G)
		Boyut/Bölüm Adı				
01		**Kurumsal Hizmet Yönetimi**	**122**	**15**	**5**	**6**
01	01	Yönetim Hizmetleri	69	13	5	2
01	02	Hasta Bakım Hizmetleri	5	0	0	0
01	03	Enfeksiyonların Kontrolü ve Önlenmesi	7	2	0	3
01	04	Tesis Yönetimi	11	0	0	0
01	05	Acil Durum ve Afet Yönetimi	8	0	0	0
01	06	Bilgi Yönetimi	13	0	0	0
01	07	Stok Yönetimi	5	0	0	0
01	08	Atık Yönetimi	4	0	0	1
02		**Sağlık Hizmeti Yönetimi**	**455**	**87**	**22**	**7**
02	01	Poliklinik Hizmetleri	19	1	1	0
02	02	Acil Sağlık Hizmetleri	30	5	1	0
02	03	Biyokimya Laboratuvar Hizmetleri	20	4	1	0
02	04	Mikrobiyoloji Laboratuvar Hizmetleri	24	5	1	1
02	05	Patoloji Laboratuvar Hizmetleri	24	3	2	0
02	06	Görüntüleme Hizmetleri	15	3	2	1
02	07	Endoskopi Hizmetleri	17	2	1	0
02	08	Klinikler	36	11	1	1
02	09	Ameliyathane Hizmetleri	25	6	1	0
02	10	Yoğun Bakım Hizmetleri	37	10	1	1
02	11	Yeni Doğan Yoğun Bakım Hizmetleri	33	8	1	1
02	12	Eczane Hizmetleri	17	2	1	0
02	13	Sterilizasyon Hizmetleri	14	1	1	0
02	14	Transfüzyon Tıbbı Hizmetleri	13	3	1	0
02	15	Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri	14	2	1	0
02	16	Fizik Tedavi Hizmetleri	12	1	1	0
02	17	Diyaliz Hizmetleri	25	4	1	1
02	18	Doğum Hizmetleri	24	5	1	0
02	19	Psikiyatri Hizmetleri	42	7	1	1
02	20	Nükleer Tıp Hizmetleri	14	4	1	0
03		**Destek Hizmeti Yönetimi**	**25**	**0**	**2**	**0**
03	01	Hasta Dosyası ve Arşiv	6	0	0	0
03	02	Mutfak Hizmetleri	6	0	0	0
03	03	Çamaşırhane Hizmetleri	6	0	1	0
03	04	Morg Hizmetleri	7	0	1	0
04		**İndikatör Yönetimi**	**19**	**5**	**2**	**0**
		Toplam Standart Sayısı	621	107	31	13

HKS Puansal Dağılım Tablosu

Dikey Boyut	Bölüm No	HKS	Boyut/ Bölüm	Hasta Güvenliği (H)	Çalışan Güvenliği (Ç)	Hasta ve Çalışan Güvenliği (G)
		Boyut/Bölüm Adı	HKS Puanı	HKS Puanı	HKS Puanı	HKS Puanı
01		**Kurumsal Hizmet Yönetimi**	**1590**	**285**	**110**	**110**
01	01	Yönetim Hizmetleri	950	225	95	40
01	02	Hasta Bakım Hizmetleri	65	30	15	0
01	03	Enfeksiyonların Kontrolü ve Önlenmesi	105	30	0	55
01	04	Tesis Yönetimi	140	0	0	0
01	05	Acil Durum ve Afet Yönetimi	85	0	0	0
01	06	Bilgi Yönetimi	140	0	0	0
01	07	Stok Yönetimi	55	0	0	0
01	08	Atık Yönetimi	50	0	0	15
02		**Sağlık Hizmeti Yönetimi**	**5980**	**1385**	**335**	**110**
02	01	Poliklinik Hizmetleri	240	15	15	0
02	02	Acil Sağlık Hizmetleri	380	80	15	0
02	03	Biyokimya Laboratuvar Hizmetleri	255	60	15	0
02	04	Mikrobiyoloji Laboratuvar Hizmetleri	310	75	15	15
02	05	Patoloji Laboratuvar Hizmetleri	280	45	30	0
02	06	Görüntüleme Hizmetleri	220	50	35	15
02	07	Endoskopi Hizmetleri	225	35	15	0
02	08	Klinikler	490	175	15	15
02	09	Ameliyathane Hizmetleri	340	100	15	0
02	10	Yoğun Bakım Hizmetleri	510	165	15	15
02	11	Yeni Doğan Yoğun Bakım Hizmetleri	460	130	15	15
02	12	Eczane Hizmetleri	200	30	15	0
02	13	Sterilizasyon Hizmetleri	170	15	15	0
02	14	Transfüzyon Tıbbı Hizmetleri	165	45	15	0
02	15	Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri	195	30	15	0
02	16	Fizik Tedavi Hizmetleri	150	15	15	0
02	17	Diyaliz Hizmetleri	325	60	15	15
02	18	Doğum Hizmetleri	325	80	15	0
02	19	Psikiyatri Hizmetleri	540	115	15	20
02	20	Nükleer Tıp Hizmetleri	200	65	15	0
03		**Destek Hizmeti Yönetimi**	**315**	**0**	**30**	**0**
03	01	Hasta Dosyası ve Arşiv	65	0	0	0
03	02	Mutfak Hizmetleri	80	0	0	0
03	03	Çamaşırhane Hizmetleri	80	0	15	0
03	04	Morg Hizmetleri	90	0	15	0
04		**İndikatör Yönetimi**	**325**	**100**	**40**	**0**
		Toplam HKS Puanı	8210	1770	515	220

Kurumsal Hizmet Yönetimi

YÖNETİM HİZMETLERİ

Revizyon	Dikey Boyut	Bölüm No	Standart No	Değerlendirme Ölçütü	Yatay Boyut	STANDARTLAR	Puan
00	01	01				YÖNETİM HİZMETLERİ	950
00	01	01	01	00		Kalite Yönetim Birimi bulunmalıdır.	15
00	01	01	01	01		**Kalite yönetim direktörü belirlenmelidir.**	
00	01	01	01	02		**Kalite yönetim biriminin çalışma ofisi olmalıdır.**	
00	01	01	01	03		**Kalite yönetim birimi;** o HKS çerçevesinde yürütülen çalışmaların koordinasyonunu sağlamalı, o Bölüm hedeflerine yönelik, bölüm tarafından yapılan analiz sonuçlarını değerlendirmeli, o Öz değerlendirmeleri yönetmeli, o Hasta ve çalışan anket sonuçlarını değerlendirmeli, o HKS çerçevesinde hazırlanan; » Yazılı düzenlemeleri kontrol etmeli, » Yazılı düzenlemelerin revizyonunu takip etmeli, o Hizmet sunumuna yönelik istatistiki bilgileri değerlendirmeli, o HKS çerçevesinde belirlenen komitelere üye olarak katılmalıdır.	
00	01	01	02	00		HKS'nin uygulanmasına yönelik bölüm kalite sorumluları belirlenmelidir.	15
00	01	01	02	01		**Sorumlular kalite yönetim direktörü ile koordineli çalışmalıdır.**	
00	01	01	02	02		**Bölüm hedeflerine ilişkin analizler sorumlular tarafından yapılmalı ve kalite yönetim birimine bildirilmelidir.**	
00	01	01	02	03		**Sorumlular bölümlerde yürütülen düzeltici-önleyici faaliyetleri takip etmelidir.**	
00	01	01	03	00		HKS kapsamında hedefler belirlenmelidir.	15
00	01	01	03	01		**Hedefler üst yönetim, bölüm yöneticilerinin ve bölüm kalite sorumlularının katılımıyla belirlenmelidir.**	
00	01	01	03	02		**Hedeflere ilişkin dönemsel değerlendirmeler yapılmalıdır.**	

00	**01**	**01**	**04**	**00**		**HKS'ye ilişkin öz değerlendirme yapılmalıdır.**	**20**
00	01	01	04	01		**Her dönem en az bir öz değerlendirme yapılmalıdır.**	
00	01	01	04	02		**Öz değerlendirme kalite yönetim biriminin yönetiminde yapılmalı,** o Öz değerlendirme tüm HKS bölümlerini kapsamalı, o Öz değerlendirme planı hazırlanmalı, » Öz değerlendirme takvimi hazırlanmalı, » Öz değerlendirme ile ilgili ekip/ekipler belirlenmeli, » Öz değerlendirme takvimi hakkında bölümler önceden bilgilendirilmelidir.	
00	01	01	04	03		**Öz değerlendirme sonucunda tespit edilen uygunsuzluklar kalite yönetim birimi tarafından üst yönetime rapor edilmelidir.**	
00	**01**	**01**	**05**	**00**		**Hastane yönetimi, hizmet sunumuna yönelik tüm bölüm sorumluları ile değerlendirme toplantıları yapmalıdır.**	**15**
00	01	01	05	01		**Bölüm bazında belirlenen hedefler ve öz değerlendirme sonuçları değerlendirilmelidir.**	
00	01	01	05	02		**Değerlendirme toplantıları her dönem en az bir kez yapılmalıdır.**	
00	**01**	**01**	**06**	**00**		**HKS'de yer alan yazılı düzenlemelere yönelik düzenleme bulunmalıdır.**	**10**
00	01	01	06	01		**Yazılı düzenlemelerin formatı belirlenmeli,** o Yazılı düzenlemeler belirlenmiş bir kodlama sistemine göre tanımlanmalı, o Yazılı düzenlemenin adı, o Yürürlük tarihi, o Revizyon numarası ve revizyon tarihi bulunmalıdır.	
00	01	01	06	02		**Yazılı düzenlemeler, ilgili bölüm tarafından hazırlanmalıdır.**	
00	01	01	06	03		**Yazılı düzenlemeler güncel olmalı,** o Bir önceki versiyon uygulamadan kaldırılmalıdır.	
00	01	01	06	04		**Yazılı düzenlemeler kalite yönetim direktörü tarafından kontrol edilmelidir.**	
00	01	01	06	05		**Yazılı düzenlemeler üst yönetim tarafından onaylanmalıdır.**	
00	01	01	06	06		**Yazılı düzenlemeler intranet ortamında ve/veya basılı kontrollü kopya olarak yayınlanmalı,** o Yazılı düzenlemelere ilgili bölüm tarafından ulaşılabilmeli, » Basılı kontrollü kopyalar asılmamalıdır.	

00	**01**	**01**	**07**	**00**		**Dış kaynaklı dokümanlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**10**
00	01	01	07	01		**Dış kaynaklı dokümanlar belirlenmelidir.**	
00	01	01	07	02		**Dış kaynaklı dokümanlar güncel olmalı,** o Güncelliğin nasıl sağlanacağı belirlenmelidir.	
00	**01**	**01**	**08**	**00**		**Panolara asılan dokümanlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**10**
00	01	01	08	01		**Panolar için alanlar belirlenmelidir.**	
00	01	01	08	02		**Panolara asılabilecek dokümanlar tanımlanmalı,** o Tanımlanan dokümanlar belirlenen alanlar dışına asılmamalı, o Panolar ve asılı dokümanlar görüntü kirliliği oluşturmayacak şekilde düzenlenmelidir.	
00	01	01	08	03		**Dokümanların asılma kuralları belirlenmeli,** o Yayınlanacak dokümanlara nasıl onay verileceği, o Dokümanların ne kadar süre asılı kalacağı belirlenmelidir.	
00	**01**	**01**	**09**	**00**		**İlaç ve kitlerin muhafaza edildiği buzdolaplarının sıcaklık takipleri yapılmalıdır.**	**10**
00	01	01	09	01		**Buzdolaplarının içinde bulunan malzemelere göre sıcaklık takibi yapılmalıdır.**	
00	**01**	**01**	**10**	**00**		**Hasta Başı Test Cihazlarının (HBTC) kullanımı düzenlenmelidir.**	**15**
00	01	01	10	01		**HBTC'nin kullanıldığı bölümlerde sorumlular belirlenmelidir.**	
00	01	01	10	02		**HBTC'nin envanteri tutulmalıdır.**	
00	01	01	10	03		**HBTC'nin bakımı ve temizliği yapılmalıdır.**	
00	01	01	10	04		**HBTC için kalibrasyon ve kalite kontrol testleri çalışılmalı ve kayıt altına alınmalı,** o Kalite kontrol sonuçlarında uygunsuzluk tespit edilmesi halinde düzeltici önleyici faaliyet başlatılmalıdır.	
00	01	01	10	05		**HBTC'yi kullanacak çalışanlara;** o Çalışılacak testlerin preanalitik, analitik ve postanalitik evrelerinde dikkat edilmesi gereken hususlar, o Kalibrasyon ve kalite kontrol sonuçlarının değerlendirilmesi, o Cihazın temizliği ve bakımı hakkında eğitim verilmelidir.	
00	01	01	10	06		**HBTC'de çalışılmış olan tüm test sonuçları, hasta dosyasına kayıt edilmelidir.**	

00	**01**	**01**	**11**	**00**		**Hastaneye ve hastane içindeki bölümlere ulaşımı kolaylaştırıcı düzenlemeler yapılmalıdır.**	**10**
00	01	01	11	01		**Hastane dışında hastaneye ulaşımı sağlayacak yönlendirme işaretleri bulunmalıdır.**	
00	01	01	11	02		**Hastane krokileri bulunmalı,** o Bina girişlerinde ana hizmet birimlerini gösteren genel krokiler, o Kat girişleri veya asansör çıkışlarında ise kat krokileri bulunmalıdır.	
00	01	01	11	03		**Yönlendirme işaretleri bulunmalı,** o Yönlendirme işaretleri okunabilir ve işlevsel olmalıdır.	
00	**01**	**01**	**12**	**00**		**Hastalara hizmet verilen alanlar iletişime açık bir şekilde düzenlenmelidir.**	**15**
00	01	01	12	01		**Sonuç alma, numune kabul, kayıt, halkla ilişkiler hizmet noktalarında hasta ve çalışan arasında fiziksel bariyer (camekân, pencere, demir parmaklık, yükseklik) bulunmamalıdır.**	
00	**01**	**01**	**13**	**00**		**Hastanenin internet ortamında tanıtımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**10**
00	01	01	13	01		**Hastanenin web sayfası olmalıdır. Web sayfasında asgari;** o Hastaneye ulaşım ve hastane iletişim bilgileri, o Hastanenin hizmet verdiği bölüm ve branşlar, o Hekimlere ait uzmanlık dalları ve varsa uzmanlık dalına ilişkin spesifik ilgi alanları, o Randevu alma bilgileri, o Tetkik sonuçlarına ulaşım alanı, o Çalışanların, hastaların ve yakınlarının görüşlerini bildirebileceği alanlar, o Ziyaret saatleri ve ziyaretçilerin uyması gereken kurallar, o Refakatçilerin uyması gereken kurallar, o Anlaşmalı oldukları kurum bilgileri bulunmalıdır.	
00	01	01	13	02		**Web sayfasında yer alan bilgiler güncel olmalıdır.**	
00	**01**	**01**	**14**	**00**		**Komite toplantılarının yönetimine ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.**	**10**
00	01	01	14	01		**Katılımcılar toplantı öncesi bilgilendirilmelidir. Bu bilgilendirme;** o Toplantı yöneticisi ve katılımcılarını, o Toplantı gündemi ve süresini, o Toplantı yeri ve zamanını kapsamalıdır.	
00	01	01	14	02		**Toplantıya dair kayıtlar tutulmalıdır.**	

00	**01**	**01**	**15**	**00**	**H**	**Hasta Güvenliği Komitesi bulunmalıdır.**	**20**
00	01	01	15	01	H	**Hasta Güvenliği Komitesinde;** o Tıbbi, idari ve hemşirelik hizmetleri yöneticilerinden birer temsilci, kalite yönetim direktörü, cerrahi branş uzmanı, dahili branş uzmanı, laboratuvar branş uzmanı, anesteziyoloji ve reanimasyon branş uzmanı, hastane bilgi sistem sorumlusu ve eczacı yer almalıdır.	
00	01	01	15	02	H	**Komitenin görev alanı asgari;** o Hastaların doğru kimliklendirilmesi, o Çalışanlar arasında etkili iletişim ortamının sağlanması, o Güvenli ilaç uygulamalarının sağlanması, o Transfüzyon güvenliğinin sağlanması, o Radyasyon güvenliğinin sağlanması, o Düşmelerden kaynaklanan risklerin azaltılması, o Güvenli cerrahi uygulamalarının sağlanması, o Tıbbi cihaz güvenliğinin sağlanması konularını kapsamalıdır.	
00	01	01	15	03	H	**Gerektiğinde düzeltici-önleyici faaliyetleri başlatmalıdır.**	
00	01	01	15	04	H	**Düzenli aralıklarla toplanmalıdır.**	
00	01	01	15	05	H	**Çalışanlara konu ile ilgili eğitim düzenlemelidir.**	
00	**01**	**01**	**16**	**00**	**Ç**	**Çalışan güvenliği komitesi bulunmalıdır.**	**20**
00	01	01	16	01	Ç	**Çalışan Güvenliği Komitesinde;** o Tıbbi, idari ve hemşirelik hizmetleri yöneticilerinden birer temsilci, kalite yönetim direktörü, bir hekim, enfeksiyon hemşiresi, güvenlik amiri, psikiyatrist veya psikolog veya sosyal hizmet uzmanı ve diğer meslek gruplarından (laboratuvar teknisyeni, anestezi teknisyeni, radyoloji teknisyeni) bir temsilci yer almalıdır.	
00	01	01	16	02	Ç	**Komitenin görev tanımı asgari;** o Çalışanların zarar görme risklerinin azaltılması, o Riskli alanlarda çalışanlara yönelik gerekli önlemlerin alınması, o Fiziksel şiddete maruz kalınma risklerinin azaltılması, o Kesici delici alet yaralanma risklerinin azaltılması, o Kan ve vücut sıvılarıyla bulaşma risklerinin azaltılması, o Sağlık taramalarının yapılması konularını kapsamalıdır.	
00	01	01	16	03	Ç	**Düzenli aralıklarla toplanmalıdır.**	
00	01	01	16	04	Ç	**Gerektiğinde düzeltici-önleyici faaliyetleri başlatmalıdır.**	
00	01	01	16	05	Ç	**Çalışanlara konu ile ilgili eğitim düzenlemelidir.**	

00	**01**	**01**	**17**	**00**		**Eğitim Komitesi bulunmalıdır.**	**20**
00	01	01	17	01		**Eğitim Komitesinde;** o Tıbbi, idari ve hemşirelik hizmetleri yöneticilerinden birer temsilci, kalite yönetim direktörü, bir hekim, bir hemşire, psikolog veya sosyal hizmet uzmanı yer almalıdır.	
00	01	01	17	02		**Komite;** o Hizmet kalite standartları eğitimi, o Hizmet içi eğitimler, o Uyum eğitimleri, o Hastalara yönelik eğitimleri planlamalıdır.	
00	01	01	17	03		**Komite, düzenli aralıklarla toplanmalıdır.**	
00	**01**	**01**	**18**	**00**		**Tesis güvenliği komitesi bulunmalıdır.**	**20**
00	01	01	18	01		**Tesis Güvenliği Komitesinde;** o Tıbbi, idari ve hemşire hizmetleri yöneticilerinden birer temsilci, kalite yönetim direktörü, teknik servis sorumlusu, hastane güvenlik amiri, afet ve acil durum yönetimi sorumlusu ve tıbbi cihaz yönetimi sorumlusu yer almalıdır.	
00	01	01	18	02		**Komitenin görev tanımı asgari;** o Bina turlarından elde edilen verilerin değerlendirilmesi, o Hastane alt yapı güvenliğinin sağlanması, o Kurumda can ve mal güvenliğinin sağlanması, o Acil durum ve afet yönetimi çalışmaları, o Atık yönetimi çalışmaları, o Tıbbi cihazların bakım, onarım, ölçme, ayar ve kalibrasyon planlarını ve kalibrasyonlarının yapılması, o Tehlikeli maddelerin yönetimi konularını kapsamalıdır.	
00	01	01	18	03		**Düzenli aralıklarla toplanmalıdır.**	
00	01	01	18	04		**Gerektiğinde düzeltici-önleyici faaliyetleri başlatmalıdır.**	
00	**01**	**01**	**19**	**00**	**G**	**Güvenlik raporlama sistemine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**20**
00	01	01	19	01	G	**Güvenlik raporlama sistemi kurulmalıdır.** o Olay bildirimleri kalite yönetim birimine yapılmalı, o Kalite yönetim birimi olay bildirimlerini değerlendirerek ilgili komitelere iletmeli, o Komiteler olay bildirimi ile ilgili kök neden analizi yapmalı, o Düzeltici önleyici faaliyet başlatılmalı, o Olay bildirimine ilişkin analiz sonuçları ve yapılan faaliyetler kalite yönetim birimine gönderilmelidir.	

00	01	01	19	02	G	**Bildirimi yapılacak olaylar asgari;** o İlaç güvenliği, o Transfüzyon güvenliği, o Cerrahi güvenlik, o Hastaların düşmesi, o Kesici-delici alet yaralanmaları, o Kan ve vücut sıvıları ile temas konularını kapsamalıdır.	
00	01	01	19	03	G	**Bildirimi yapılan olaylar ile ilgili gerektiğinde düzeltici-önleyici faaliyetler başlatılmalıdır.**	
00	01	01	19	04	G	**Güvenlik raporlama sistemine yönelik eğitimler verilmelidir.**	
00	**01**	**01**	**20**	**00**		**Hasta kimliğinin doğrulanmasına ilişkin yazılı düzenleme bulunmalıdır.**	**5**
00	01	01	20	01		**Yazılı düzenleme;** o Hastaya hangi renk kimlik tanımlayıcının kullanılacağı, o Kimlik tanımlayıcının hangi durumlarda değiştirileceği, o Hasta ve ailesinin kimlik tanımlayıcılar konusunda nasıl bilgilendirileceği, o Hasta kimliğinin nasıl doğrulanacağı konularını kapsamalıdır.	
00	**01**	**01**	**21**	**00**	**H**	**Hasta kimliğinin doğrulanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**	**20**
00	01	01	21	01	H	**Yatışı yapılan her hastada beyaz renkli kimlik tanımlayıcı kullanılmalıdır.** o Alerjik hastalarda ise sadece kırmızı renkli kimlik tanımlayıcı kullanılmalı, o Kimlik tanımlayıcı barkotlu olmalı, o Kimlik tanımlayıcıda; protokol numarası, hasta adı-soyadı, doğum tarihi (gün/ay/yıl) bilgileri yer almalı,	
00	01	01	21	02	H	**Tanı ve tedavi için yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanmalıdır.**	
00	01	01	21	03	H	**Psikiyatri klinik hastaları için kullanılacak kimlik tanımlayıcısı hastane tarafından belirlenmelidir.**	
00	01	01	21	04	H	**Doğum sırasında kız bebeklere pembe, erkek bebeklere mavi kimlik tanımlayıcı kullanılmalıdır.** o Aynı seri numaralı anne-bebek kimlik tanımlayıcısı kullanılmalı, o Annedeki beyaz kimlik tanımlayıcı bebeğin cinsiyetine göre belirlenen kimlik tanımlayıcı ile değiştirilmeli, o Bebeğin kimlik tanımlayıcısında; annenin adı-soyadı, bebeğin doğum tarihi (gün/ay/yıl) bilgileri ve anne veya bebeğin protokol numarası bulunmalıdır.	

00	01	01	21	05	H	**Sağlık çalışanları, kimlik tanımlayıcıların kullanımı ve hasta kimliğinin doğrulanması konusunda eğitilmelidir.**	
00	**01**	**01**	**22**	**00**		**İlaç yönetimine yönelik yazılı bir düzenleme bulunmalıdır.**	**5**
00	01	01	22	01		**Yazılı düzenleme;** o Hastanın beraberinde getirdiği ilaçların yönetimini, o Hastanın yatış sürecinde kullanmaya devam edeceği ilaçların yönetimini, o Hastanın taburcu olduktan sonraki süreçte kullanacağı ilaçların yönetimini, o Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçların yönetimini, o İlaç güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirleri, o İlaç güvenliği ile ilgili hataların gerçekleşmesi durumunda yapılacakları, o İlaçla ilgili istenmeyen reaksiyon geliştiğinde yapılacakları kapsamalıdır.	
00	**01**	**01**	**23**	**00**	**H**	**Hastanın beraberinde getirdiği ilaçların yönetimine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.**	**15**
00	01	01	23	01	H	**Hastanın beraberinde getirdiği ilaçlar hemşire tarafından teslim alınmalıdır.**	
00	01	01	23	02	H	**Teslim alınan ilaçların miat kontrolü yapılmalı,**	
00	01	01	23	03	H	**Hastanın beraberinde getirdiği ilaçlar hekimi tarafından kontrol edilmelidir.**	
00	01	01	23	04	H	**Hastanın beraberinde getirdiği ilaçlar hemşire tarafından uygulanmalıdır.**	
00	**01**	**01**	**24**	**00**	**H**	**İlaçların güvenli uygulanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	24	01	H	**İlaçlar, kapalı kaplarda ve kişiye özel olarak hazırlanmalı,** o Kaplarda hastaların kimlik tanımlayıcı bilgileri bulunmalıdır.	
00	01	01	24	02	H	**Tedavi planı hekim tarafından yazılmalı, kaşelenmeli ve imzalanmalı,** o Tedavi planı; ilacın tam adını, uygulama zamanını ve dozunu, uygulama şeklini ve veriliş süresini içermelidir.	
00	01	01	24	03	H	**Hemşire hekimin tedavi planını hemşire gözlem formuna kaydetmelidir.**	
00	01	01	24	04	H	**İlaçlar hastaya hemşire tarafından uygulanmalı,** o Stajyerlerin ilaç uygulamaları da hemşire gözetiminde olmalıdır.	
00	**01**	**01**	**25**	**00**	**H**	**İlaçların karışmasını engellemeye yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	25	01	H	**İlaç isimleri kısaltılarak yazılmamalıdır.**	

00	01	01	25	02	H	**Yazılışı, okunuşu, ambalajı birbirine benzeyen ilaçların listeleri hazırlanmalı,** o Listeler kullanım alanında bulunmalıdır.	
00	01	01	25	03	H	**Yazılışı, okunuşu, ambalajı birbirine benzeyen ilaçların dolaplardaki yerleşimi ayrı raflarda yapılmalıdır.**	
00	**01**	**01**	**26**	**00**	**H**	**Pediatrik dozda kullanılacak ilaçlara yönelik tedbirler alınmalıdır.**	**15**
00	01	01	26	01	H	**Pediatrik dozdaki ilaçların listeleri ilgili bölümde bulunmalıdır.**	
00	01	01	26	02	H	**Pediatrik dozdaki ilaçların dolaplardaki yerleşimi diğer ilaçlardan ayrı raflarda yapılmalıdır.**	
00	01	01	26	03	H	**Acil kullanılabilecek pediatrik ilaçların kilograma göre dozları listelenmeli,** o Listeler ilgili bölümde bulunmalıdır.	
00	**01**	**01**	**27**	**00**		**Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**10**
00	01	01	27	01		**Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçlar kilitli alanlarda bulundurulmalıdır.**	
00	01	01	27	02		**Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçların devir teslimi yapılmalıdır. Devir teslim kayıtlarında;** o İlacın hangi hastaya kaç adet kullanıldığı, o İlacın kullanıldığı tarih, o İlacı kimin uyguladığı, o Kime kaç adet ilaç teslim edildiği,	
00	01	01	27	03		**Teslim alan ve teslim edenlerin imzaları bulunmalıdır.**	
00	**01**	**01**	**28**	**00**		**Advers Etki Bildirimi ile ilgili düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	28	01		**Farmakovijilans sorumlusu belirlenmelidir.**	
00	01	01	28	02		**Sorumlunun adı, iletişim bilgileri ve mesleki özgeçmişi Türkiye Farmakovijilans Merkezi (TÜFAM)'ne bildirilmelidir.**	
00	01	01	28	03		**Ciddi ve beklenmeyen advers etkiler farmakovijilans sorumlusuna bildirilmelidir.**	
00	01	01	28	04		**Ciddi ve beklenmeyen advers etkiler 15 gün içinde TÜFAM'a elektronik raporlama sistemi ile veya "advers etki bildirim formu" doldurularak faks veya posta yoluyla bildirilmelidir.**	
00	**01**	**01**	**29**	**00**		**Akılcı ilaç kullanımının sağlanmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.**	**10**
00	01	01	29	01		**Akılcı ilaç kullanımı ile ilgili sorumlu bir ekip oluşturulmalıdır.**	
00	01	01	29	02		**Ekipte; yönetimden bir temsilci, hekim ve eczacı yer almalıdır.**	

00	01	01	29	03		**Akılcı ilaç kullanımı ile ilgili olarak;** o Hastane politikası belirlenmeli, o Faaliyetler planlanmalı ve uygulanmalıdır.	
00	**01**	**01**	**30**	**00**		**Akılcı ilaç kullanımı ile ilgili hastalarda farkındalık oluşturulmasına yönelik düzenlemeler bulunmalıdır.**	**10**
00	01	01	30	01		**Hastalar ilaçların kullanımı hakkında bilgilendirilmelidir.**	
00	01	01	30	02		**Hastaların sıklıkla kullandığı alanlarda akılcı ilaç kullanımına yönelik broşür, poster, video görüntüleri gibi düzenlemeler bulunmalıdır.**	
00	01	01	30	03		**Yatan hasta eğitimlerinde, akılcı ilaç kullanımına yönelik bilgilendirme yapılmalıdır.**	
00	**01**	**01**	**31**	**00**	**H**	**Sözel istem uygulamasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	31	01	H	**Sözel istem uygulama sürecinde;** o İstem , istemi alan kişi tarafından yazılmalı, o Yazan kişi tarafından yazılı istem geri okunmalı, » Gerektiğinde verilen ilacın adı kodlama yöntemi ile tekrar edilmeli, o İstemi veren kişi tarafından istemin doğruluğu sözel olarak onaylanmalıdır.	
00	01	01	31	02	H	**Sözel istem en geç 24 saat içerisinde hekim tarafından tedavi planına yazılmalıdır.**	
00	01	01	31	03	H	**Sözel istem uygulaması hakkında hemşire ve hekimlere eğitim verilmelidir.**	
00	**01**	**01**	**32**	**00**		**Transfüzyon sürecine yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır.**	**5**
00	01	01	32	01		**Yazılı düzenleme;** o Kan ve/veya kan ürünü isteminin yapılması, o Kimlik doğrulaması, o Çapraz karşılaştırma test sonucunun kontrolü, o Vital bulguların izlenmesi, o Transfüzyon reaksiyonu durumunda yapılması gerekenleri kapsamalıdır.	
00	**01**	**01**	**33**	**00**		**Kan ve/veya kan ürünleri için istem formu doldurulmalıdır.**	**10**
00	01	01	33	01		**Kan ve/veya kan ürünleri istem formunda;** o Hastanın; » Adı ve soyadı,	

						» Protokol numarası, » Tedavi gördüğü bölüm, » Tanısı, » Kan grubu, » Transfüzyon endikasyonu, o Hastaya daha önce transfüzyon yapılıp yapılmadığı, o Hasta kadın ise daha önce doğum yapıp yapmadığı, o Kan ve/veya kan ürününün istem gerekçesi, o Hazırlanacak kan ve/veya kan ürününün türü ve miktarı, o Planlanan veriliş süresi, o Hekim kaşesi ve imzası yer almalıdır.	
00	**01**	**01**	**34**	**00**	**H**	**Transfüzyon sürecinin güvenliğini sağlamaya yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	34	01	H	**Transfüzyon öncesi, çapraz karşılaştırma test sonucu ile hasta bilgileri iki sağlık çalışanı tarafından doğrulanmalıdır.**	
00	01	01	34	02	H	**Transfüzyondan hemen önce, iki sağlık çalışanı tarafından;** o Hastanın kimliği, o Kan ve/veya kan ürününün türü ve miktarı, o Ürünün planlanan veriliş süresi doğrulanmalıdır.	
00	01	01	34	03	H	**Transfüzyonun ilk 15 dakikası sağlık çalışanı tarafından gözlenmelidir.**	
00	01	01	34	04	H	**Transfüzyon boyunca her 30 dakikada bir hastanın vital bulguları izlenmelidir.**	
00	**01**	**01**	**35**	**00**		**Hastaların güvenli transferine yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır.**	**5**
00	01	01	35	01		**Yazılı düzenleme asgari;** o Hastaların bölümlere transferini, o Hastane dışına transferini, o Yatan hasta ve acil servis hastalarının transferini, o Özellikli hastaların transferini, » Yeni doğan, ameliyathane, yoğun bakım, diyaliz ve psikiyatri hastalarının transferini, o Hastaların transferinde dikkat edilecek hususları, o Transferde kullanılacak araçların uygunluğunu ve kullanımını, o Transferde yer alacak çalışanın tanımlanmasını kapsamalıdır.	
00	**01**	**01**	**36**	**00**		**Hastanın güvenli transferi sağlanmalıdır.**	**15**

00	**01**	**01**	**37**	**00**		**Yatan hastaların düşme riski değerlendirmesine yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır.**	**5**
00	01	01	37	01		**Yazılı düzenleme;** o Düşme risk faktörlerini, o Düşme riskinin değerlendirilmesini, o Risk düzeyine göre alınması gereken önlemleri kapsamalıdır.	
00	**01**	**01**	**38**	**00**	**H**	**Yatan hastaların düşmelerinin önlenmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**20**
00	01	01	38	01	H	**Yatan hasta, bölüme kabulünde düşme riski yönünden değerlendirilmeli,** o Değerlendirme, hastane tarafından belirlenen bir ölçekle yapılmalı, o Hastanın klinik durumuna göre düşme riski değerlendirmesi tekrarlanmalıdır.	
00	01	01	38	02	H	**Düşme riski olan hastalar için, hastanın risk düzeyine yönelik önlemler alınmalıdır.** o Düşme riski olan hastalar dört yapraklı yonca figürü ile tanımlanmalı ve bu tanımlayıcı hastanın odasının giriş kapısında bulunmalıdır.	
00	01	01	38	03	H	**Yatan hastalarda düşme olayı gerçekleştiğinde kalite yönetim birimine bildirim yapılmalı,** o Olay ile ilgili gerekli düzeltici önleyici çalışmalar başlatılmalıdır.	
00	**01**	**01**	**39**	**00**		**Yatan hastalarda hareket kısıtlamasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**10**
00	01	01	39	01		**Hareket kısıtlama kararı hekim tarafından verilmeli,** o Hareket kısıtlama kararı tedavi planında yer almalı, o Tedavi planında; » Uygulamanın başladığı tarih ve saat, » Uygulamanın hangi aralıklarla kontrol edileceği, » Uygulamanın sonlandırıldığı tarih ve saat belirtilmelidir.	
00	01	01	39	02		**Kısıtlılığın devamı ile ilgili karar en geç 24 saatte bir gözden geçirilmelidir.**	
00	**01**	**01**	**40**	**00**		**Yatan hasta eğitimlerine yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır.**	**10**
00	01	01	40	01		**Yazılı düzenleme eğitimlerin;** o Hangi hasta grubuna hangi eğitimlerin verileceği, o Hangi sıklıkla verileceği, o Kimler tarafından verileceği, o Nasıl kayıt altına alınacağı konularını kapsamalıdır.	

00	**01**	**01**	**41**	**00**		**Yatan hastalara, tedavi sürecinde eğitim verilmelidir.**	**10**
00	01	01	41	01		**Bu eğitim;** o Kullanacağı ilaçlar, tıbbi cihazlar, beslenmeleri, egzersizleri, kontrol zamanı ve bakıma ilişkin dikkat edilecek hususlar, o El hijyeni, o Sigara kullanan hastalara sigarayı bırakma tavsiye eğitimi konularını kapsamalıdır.	
00	01	01	41	02		**Hastalara verilen eğitimlere ilişkin kayıtlar hasta dosyasında bulunmalıdır.**	
00	**01**	**01**	**42**	**00**		**Çalışanlar tanıtım kartı kullanmalıdır.**	**10**
00	01	01	42	01		**Tanıtım kartları;** o Standart bir tasarımda ve fotoğraflı olmalı, o Çalışanın adı, soyadı ve unvan bilgilerini içermelidir.	
00	01	01	42	02		**Tanıtım kartları çalışma süresince takılmalıdır.**	
00	**01**	**01**	**43**	**00**	**Ç**	**Çalışan güvenliği açısından düzenlemeler yapılmalıdır.**	**20**
00	01	01	43	01	Ç	**Bölüm bazında risk değerlendirmesi yapılmalı,** o Risk değerlendirmesi asgari; radyasyon, gürültü, tehlikeli maddeler kanserojen/mutajen maddeler, tıbbi atıklar, enfeksiyon, alerjen maddeler, ergonomi, şiddet, iletişim konularını kapsamalıdır.	
00	01	01	43	02	Ç	**Bölüm bazında tespit edilen risklere yönelik çalışan güvenliği için koruyucu önlemler alınmalıdır.**	
00	01	01	43	03	Ç	**Çalışanların maruz kaldığı olaylar kayıt altına alınmalı,** o Gerekli düzeltici önleyici faaliyetler başlatılmalıdır.	
00	**01**	**01**	**44**	**00**	**Ç**	**Çalışanların sağlık taramaları yapılmalıdır.**	**20**
00	01	01	44	01	Ç	**Sağlık tarama programı hazırlanmalı,** o Program, bölüm bazında belirlenen riskler ve uzman hekimlerin görüşleri doğrultusunda hazırlanmalıdır.	
00	01	01	44	02	Ç	**Sağlık tarama sonuçları ilgili uzmanlar tarafından değerlendirilmelidir.**	
00	01	01	44	03	Ç	**Çalışanlar sonuçları hakkında bilgilendirilmeli,** o Sağlık taraması sonuçlarına ilişkin bilgi güvenliği sağlanmalıdır.	
00	**01**	**01**	**45**	**00**	**Ç**	**Çalışanlar tarafından kişisel koruyucu ekipman kullanılmalıdır.**	**15**
00	01	01	45	01	Ç	**Bölüm bazında kullanılması gereken kişisel koruyucu ekipman belirlenmelidir.**	
00	01	01	45	02	Ç	**Kişisel koruyucu ekipman çalışma alanlarında ulaşılabilir olmalıdır.**	
00	01	01	45	03	Ç	**Kişisel koruyucu ekipman kullanımı konusunda çalışanlara eğitim verilmelidir.**	

00	**01**	**01**	**46**	**00**		**Çalışanlara yönelik uyum eğitimleri düzenlenmelidir.**	**10**
00	01	01	46	01		**Göreve yeni başlayan her çalışana;** o Genel uyum eğitimi, o Bölüm uyum eğitimi verilmelidir.	
00	01	01	46	02		**Genel uyum eğitim sorumlusu belirlenmelidir.**	
00	01	01	46	03		**Meslek bazında her bölüm için uyum eğitimi sorumluları belirlenmelidir.**	
00	01	01	46	04		**Genel ve bölüm uyum eğitimleri için rehber hazırlanmalıdır.** o Rehber, meslek bazında hazırlanmalıdır.	
00	**01**	**01**	**47**	**00**	**G**	**Mavi kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**20**
00	01	01	47	01	G	**Mavi kod yönetimi ile ilgili;** o Uyarı sistemi oluşturulmalı, o Sorumlular belirlenmelidir. Sorumlular; » Tıbbi, idari ve hemşirelik hizmetlerinden birer temsilci bulunmalı, » Mavi kod ile ilgili tatbikat ve eğitimlerin organizasyonunu yapmalı, » Gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyet başlatmalıdır. o Her vardiya için ekipler belirlenmeli, o Uygulamalarda kullanılmak üzere acil müdahale seti bulunmalı, » Acil müdahale setinin miat ve kritik stok seviyeleri takip edilmelidir.	
00	01	01	47	02	G	**Mavi kod uygulamalarını yapmak üzere;** o Her ekipte; en az bir hekim, bir sağlık çalışanı bulunmalı, » Hekim ve sağlık çalışanı CPR eğitimi almış olmalıdır.	
00	01	01	47	03	G	**Mavi kod ekibi en geç üç dakika içerisinde olay yerine ulaşmalıdır.**	
00	01	01	47	04	G	**Yapılan müdahale ile ilgili kayıtlar tutulmalı,** o Müdahale edilen kişiye ait bilgiler, o Yapılan uygulama, o Müdahalenin yeri, o Çağrının yapıldığı zaman, o Ekibin olay yerine ulaşma zamanı, o Müdahalenin sonucu, o Müdahale ekibinde yer alanların bilgilerini kapsamalı, o Kayıtlar kalite yönetim birimine gönderilmelidir.	
00	01	01	47	05	G	**Mavi kod uygulamasına yönelik olarak her dönem tatbikat yapılmalı,** o Tatbikatta ne kadar süre içinde olay yerine ulaşıldığına dair kayıt tutulmalıdır.	

00	01	01	47	06	G	**Çalışanlara mavi kod ile ilgili eğitim verilmelidir.**	
00	**01**	**01**	**48**	**00**	**H**	**Pembe kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**20**
00	01	01	48	01	H	**Pembe kod yönetimi ile ilgili;** o Uyarı sistemi oluşturulmalı, o Sorumlular belirlenmelidir. Sorumlular; » İdari ve hemşirelik hizmetleri yöneticilerinden birer temsilci, teknik servis elemanı, güvenlik amiri ve pediatri servis hemşiresinden oluşmalı, » Pembe kod ile ilgili tatbikat ve eğitimlerin organizasyonunu yapmalıdır. o Gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyet başlatılmalıdır.	
00	01	01	48	02	H	**Pembe kod uygulamaları ile ilgili kayıtlar tutulmalı,** o Olaya maruz kalan kişiye ait bilgiler, o Olayın gerçekleştiği bölüm, o Başlangıç-bitiş zamanı, o Olayın sonucu ile ilgili bilgileri kapsamalı, o Kayıtlar kalite yönetim birimine gönderilmelidir.	
00	01	01	48	03	H	**Pembe kod uygulamasına yönelik olarak her dönem tatbikat yapılmalıdır.**	
00	01	01	48	04	H	**Çalışanlara pembe kod ile ilgili eğitim verilmelidir.**	
00	**01**	**01**	**49**	**00**	**Ç**	**Beyaz kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**20**
00	01	01	49	01	Ç	**Beyaz kod yönetimi ile ilgili;** o Uyarı sistemi oluşturulmalı, o Sorumlular belirlenmelidir. Sorumlular; » Tıbbi, idari ve hemşirelik hizmetleri yöneticilerinden bir temsilci, psikolog veya sosyal hizmet uzmanı ve güvenlik amirinden oluşmalıdır.	
00	01	01	49	02	Ç	**Yapılan beyaz kod müdahalesi ile ilgili kayıtlar tutulmalı,** o Olayın olduğu tarih ve saat, o Olayın olduğu yer, o Olay anında yapılan iş, o Olayın başlama nedeni, o Olayın oluş şekli, o Olayda varsa kullanılan nesne, o Olayda çevrede oluşan olumsuzluklar, o Olaya karışanların yaş, cinsiyetleri, varsa kişisel bilgileri, o Olayı görenlerin kişisel ve iletişim bilgilerini kapsamalı, o Kayıtlar kalite yönetim birimine gönderilmelidir.	

00	01	01	49	03	Ç	**Beyaz kod uygulamasına yönelik olarak her dönem tatbikat yapılmalıdır.**	
00	01	01	49	04	Ç	**Gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyetler başlatılmalıdır.**	
00	01	01	49	05	Ç	**Olaya maruz kalan çalışanlara gerekli destek sağlanmalıdır.**	
00	01	01	49	06	Ç	**Çalışanlara beyaz kod ile ilgili eğitim verilmelidir.**	
00	**01**	**01**	**50**	**00**		**Organ bağışına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	50	01		**Organ bağış birimi oluşturulmalı,** o Birim, sorumlu ile hasta yakınının karşılıklı oturabileceği şekilde düzenlenmiş olmalıdır.	
00	01	01	50	02		**Organ bağış birimi sorumluları belirlenmelidir.**	
00	01	01	50	03		**Beyin ölümü yönetim süreci için yazılı bir düzenleme bulunmalıdır. Yazılı düzenleme;** o Sorumluların günde en az iki kez yoğun bakım ünitelerine vizit yapması, o Vizitlerde potansiyel donörlerin belirlenmesi, o Belirlenen potansiyel donörlerin izlenmesi, o Gerektiğinde beyin ölümü tespit komisyonunun toplanmasının sağlanması, o Tespit edilen beyin ölümlerinin bölge koordinasyon merkezine bildirilmesi konularını kapsamalıdır.	
00	01	01	50	04		**Belirlenen donörlerin yakınları ile aile görüşmesi yapılmalıdır.**	
00	**01**	**01**	**51**	**00**		**Acil müdahale seti bulunmalıdır.**	**15**
00	01	01	51	01		**Sağlık hizmeti sunum alanlarında acil müdahale seti bulunmalıdır.**	
00	01	01	51	02		**Bölümler acil müdahale setinde bulunması gereken ilaç, malzeme ve cihazları belirlemelidir.**	
00	01	01	51	03		**İlaç ve malzemelerin minimum ve maksimum stok seviyeleri belirlenmelidir.**	
00	01	01	51	04		**Minimum ve maksimum stok seviyeleri takip edilmelidir.**	
00	01	01	51	05		**İlaç ve malzemelerin miat takibi yapılmalıdır.**	
00	**01**	**01**	**52**	**00**	**H**	**Tıbbi cihazların yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	52	01	H	**Tesis güvenliği komitesi altında tıbbi cihaz yönetiminden sorumlu bir ekip oluşturulmalıdır.**	
00	01	01	52	02	H	**Tıbbi cihazların bölüm bazında envanteri bulunmalıdır.**	
00	01	01	52	03	H	**Tıbbi cihazların bakım, onarım, ölçme, ayar ve kalibrasyonlarına yönelik plan bulunmalı,** o Plan dahilinde cihazların ölçme, ayar ve kalibrasyonları yapılmalıdır.	

00	01	01	52	04	H	**Kalibrasyonu yapılan cihazların kalibrasyon etiketi bulunmalıdır. Etikette;** o Kalibrasyonu yapan firmanın adı, o Kalibrasyon tarihi, o Geçerlilik süresi, o Sertifika numarası bulunmalıdır.	
00	**01**	**01**	**53**	**00**		**Hastanenin temizliğine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	53	01		**Bölüm bazında temizlik planı bulunmalıdır.**	
00	01	01	53	02		**Risk düzeylerine göre temizlik kuralları belirlenmelidir.**	
00	01	01	53	03		**Temizlik malzemeleri ve malzemelerin kullanımı ile ilgili kurallar belirlenmelidir.**	
00	01	01	53	04		**Tüm kapalı ve açık alanların temizlikleri kontrol edilmelidir.** o Kontrol aralıkları, o Kontrol sorumluları belirlenmelidir.	
00	**01**	**01**	**54**	**00**		**Temizlik hizmetlerine yönelik eğitim düzenlenmelidir.**	**10**
00	01	01	54	01		**Temizlik hizmetlerinde çalışanlara yönelik eğitim programı hazırlanmalıdır.**	
00	01	01	54	02		**Eğitimde;** o Genel alanların temizlik kuralları, o Belirlenen risk düzeyine göre alanların temizlik kuralları, o Temizlik maddelerinin kullanım özellikleri, o Çalışanlar arası iletişim, o Hasta ve hasta yakınları ile iletişim konuları yer almalıdır.	
00	01	01	54	03		**Temizlik personeline her dönem en az bir kez eğitim verilmelidir.**	
00	**01**	**01**	**55**	**00**		**Kişisel temizlik alanlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	55	01		**Kişisel temizlik alanlarının kapıları dışarı doğru açılmalıdır.**	
00	01	01	55	02		**Kişisel temizlik alanlarının temizliği sağlanmalıdır.**	
00	01	01	55	03		**Kişisel temizlik alanlarında temizlik malzemeleri bulundurulmalı,** o Sıvı sabun, kâğıt havlu, tuvalet kâğıdı ve poşetli çöp kutusu bulundurulmalıdır.	
00	01	01	55	04		**Sıvı sabun kaplarının üstüne ekleme yapılmamalı,** o Boşalan sabunluk yıkanıp iyice kurutulduktan sonra tekrar doldurulmalıdır.	
00	**01**	**01**	**56**	**00**		**Hasta hakları birimi bulunmalıdır.**	**10**
00	01	01	56	01		**Hasta Hakları Birimi poliklinik hastalarının ulaşabileceği bir yerde bulunmalıdır.**	
00	01	01	56	02		**Birim sorumlusu belirlenmelidir.**	

00	**01**	**01**	**57**	**00**		**Hasta memnuniyeti anketleri uygulanmalıdır.**	**15**
00	01	01	57	01		**Hasta memnuniyeti anketi, asgari Bakanlık tarafından yayınlanan anket sorularını içermelidir.**	
00	01	01	57	02		**Anketler belirlenen periyotlarda yapılmalıdır.**	
00	01	01	57	03		**Anketleri uygulayacak kişiler belirlenmelidir.**	
00	01	01	57	04		**Anket sonuçları değerlendirilmeli,** o Sonuçların değerlendirilmesi sürecine üst yönetim katılmalı, o Anket sonuçlarına göre gerekli çalışmalar başlatılmalıdır.	
00	**01**	**01**	**58**	**00**		**Çalışan memnuniyeti anketleri uygulanmalıdır.**	**15**
00	01	01	58	01		**Çalışan memnuniyeti anketi, asgari Bakanlık tarafından yayınlanan anket sorularını içermelidir.**	
00	01	01	58	02		**Anketler belirlenen periyotlarda yapılmalıdır.**	
00	01	01	58	03		**Anketleri uygulayacak kişiler belirlenmelidir.**	
00	01	01	58	04		**Anket sonuçları değerlendirilmeli,** o Sonuçların değerlendirilmesi sürecine üst yönetim katılmalı, o Anket sonuçlarına göre gerekli çalışmalar başlatılmalıdır.	
00	**01**	**01**	**59**	**00**		**Hasta ve yakınlarının görüşleri alınmalı ve değerlendirilmelidir.**	**15**
00	01	01	59	01		**Sağlık hizmeti sunulan tüm bölümlerde hasta ve yakınlarının görüşlerini bildirmelerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.** o Görüşler internet üzerinden de bildirilebilmelidir.	
00	01	01	59	02		**Hasta ve yakınlarının görüşleri değerlendirilmelidir.** o Değerlendirmelerde kalite yönetim direktörü, hasta hakları temsilcisi ve yönetimden bir kişi yer almalı, o Görüşler her ay değerlendirilmeli, o Gerektiğinde iyileştirme faaliyeti başlatılmalıdır. o Gerektiğinde görüş bildiren hasta veya yakınına geri bildirimde bulunulmalıdır.	
00	**01**	**01**	**60**	**00**		**Çalışanların görüşleri alınmalı ve değerlendirilmelidir.**	**15**
00	01	01	60	01		**Çalışanların görüşlerini bildirmelerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır,** o Görüşler intranet üzerinden de bildirilebilmelidir.	
00	01	01	60	02		**Çalışanların görüşleri değerlendirilmelidir.** o Değerlendirmelerde, Kalite yönetim direktörü, çalışan güvenliği komitesinden bir temsilci ve üst yönetimden bir kişi yer almalı, o Görüşler her ay değerlendirilmeli, o Gerektiğinde iyileştirme faaliyeti başlatılmalıdır.	

00	**01**	**01**	**61**	**00**		**Engelli kişiler için işlevsel düzenlemeler bulunmalıdır.**	**20**
00	01	01	61	01		**Otopark alanı, lavabo, tuvalet ve banyolar engelli kişilerin kullanımına yönelik düzenlenmelidir.**	
00	01	01	61	02		**Engelli kişiler için çıkış rampaları ve tutunma barları bulunmalıdır.**	
00	01	01	61	03		**Engelli kişilerin sağlık hizmeti almaları ile ilgili olarak;** o Öncelikli kayıt yaptırmaları, o Poliklinik alanlarında öncelikli oturabilmeleri, o Öncelikli muayeneleri sağlanmalıdır.	
00	**01**	**01**	**62**	**00**	**H**	**Hastanın bilgilendirilmesi ve rızasının alınmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.**	**20**
00	01	01	62	01	H	**Hastanın bilgilendirilmesi ve rızasının alınmasına yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır. Yazılı düzenleme;** o Bilgilendirilmesi yapılacak riskli girişimsel işlemleri, o Riskli girişimsel işlemler öncesinde bilgilendirmenin ve rıza alınmasının; o Nasıl yapılacağını, o Kim tarafından yapılacağını içermelidir.	
00	01	01	62	02	H	**Bilgilendirme ve rıza alınması ile ilgili süreçte;** o İşlemin kim tarafından yapılacağı, o İşlemden beklenen faydaları, o İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar, o Varsa işlemin alternatifleri, o İşlemin riskleri-komplikasyonları, o İşlemin tahmini süresi, o Hastanın adı, soyadı ve imzası, o İşlemi uygulayacak hekimin adı, soyadı, unvanı ve imzası, o Rızanın alındığı tarih ve saat bulunmalıdır.	
00	**01**	**01**	**63**	**00**	**H**	**Riskli girişimsel işlemler öncesinde hasta bilgilendirilmeli ve rızası alınmalıdır.**	**20**
00	**01**	**01**	**64**	**00**		**Hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik düzenlemeler bulunmalıdır.**	**10**
00	**01**	**01**	**65**	**00**		**Hasta ziyaretlerine ilişkin planlama yapılmalıdır.**	**10**
00	01	01	65	01		**Planlamada ziyaret gün ve saatleri belirlenmelidir.**	
00	01	01	65	02		**Ziyaretçilerin uyması gereken kurallar belirlenmelidir.**	
00	01	01	65	03		**Özellikli bölümlere hasta ziyaretine ilişkin özel düzenlemeler belirlenmelidir.**	

00	**01**	**01**	**66**	**00**		**Hasta yatakları kullanıma hazır olmalıdır.**	**10**
00	01	01	66	01		**Çarşaf, nevresim ve yastık kılıfları temiz ve ütülü olmalıdır.**	
00	01	01	66	02		**Çarşaf, nevresim ve yastık kılıfı her gün ve gerektiğinde değiştirilmelidir.**	
00	**01**	**01**	**67**	**00**		**Hastanın, yakınının ve çalışanların dini inançlarına yönelik düzenleme bulunmalıdır.**	**10**
00	**01**	**01**	**68**	**00**		**112 Komuta kontrol merkezine bilgi aktarımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	68	01		**112 Komuta kontrol merkezine yoğun bakım ve klinik bazında;** o Boş yatak sayısı, o Boş küvöz sayısı, o Boş ventilatör sayısı, o Online bildirilmelidir.	
00	**01**	**01**	**69**	**00**		**Laboratuvara gönderilecek örneklere yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**10**
00	01	01	69	01		**Örnekler için bölüm bazında örnek toplama alanı belirlenmelidir.** o Örnekler düzenli bir şekilde muhafaza edilmelidir.	

HASTA BAKIM HİZMETLERİ

Revizyon	Dikey Boyut	Bölüm No	Standart No	Değerlendirme Ölçütü	Yatay Boyut	STANDARTLAR	Puan
00	01	02				**HASTA BAKIM HİZMETLERİ**	65
00	**01**	**02**	**01**	**00**		**Hastanın/hasta yakınının bölüme uyumu sağlanmalıdır.**	**15**
00	01	02	01	01		**Hastanın bölüme kabulünde hasta/hasta yakını;** o Kahvaltı ve yemek saatleri, o Hasta ve yakınının uyması gereken kuralları, o Ziyaret saatleri ve kuralları, o Telefon kullanımı, o Tuvalet-banyo kullanımı, o Hemşire çağrı sistemi kullanımı, o Hekimin günlük vizitleri konularında bilgilendirilmelidir.	
00	01	02	01	02		**Hastaya hizmet verecek olan bölüm çalışanları hasta/hasta yakınına kendini tanıtmalıdır.**	
00	**01**	**02**	**02**	**00**		**Hastanın bölüme kabulünde genel durumu değerlendirilmelidir.**	**15**
00	01	02	02	01		**Hastanın genel durumu fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden değerlendirilmelidir.**	
00	**01**	**02**	**03**	**00**		**Hasta gereksinimleri doğrultusunda hemşire bakım planı düzenlenmelidir.**	**15**
00	01	02	03	01		**Hemşire bakım planı hekim tedavi planı ile koordineli olmalıdır.**	
00	01	02	03	02		**Hemşire bakım planına;** o Hastanın bakım gereksinimleri, o Bakım gereksinimlerine yönelik hedefler, o Bakım gereksinimlerine yönelik uygulamalar, o Uygulama sonuçlarının değerlendirilmesi kayıt edilmelidir.	
00	**01**	**02**	**04**	**00**		**Hemşire nöbet teslimlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**10**
00	01	02	04	01		**Nöbet teslimleri,** o Nöbeti devreden ve devralan hemşireler arasında yapılmalı, o Önce deskte, sonra hasta başında yapılmalı, o Hasta bakım sürecindeki bilgileri kapsamalıdır.	
00	**01**	**02**	**05**	**00**		**Hasta/hasta yakınları hastanın genel durumu ve tedavi süreci hakkında hekim tarafından bilgilendirilmelidir.**	**10**

ENFEKSİYONLARIN KONTROLÜ VE ÖNLENMESİ

Revizyon	Dikey Boyut	Bölüm No	Standart No	Değerlendirme Ölçütü	Yatay Boyut	STANDARTLAR	Puan
00	01	03				ENFEKSİYONLARIN KONTROLÜ VE ÖNLENMESİ	105
00	01	03	01	00		Hastanenin tüm bölümlerini kapsayan enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesine yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır.	5
00	01	03	01	01		Yazılı düzenlemede; o Enfeksiyon Kontrol Komitesi (EKK)'nin sorumluları, o EKK'nin tanımı ve çalışma alanları, o Sürveyansın kapsamı, o İzolasyon önlemleri, o Eğitim programları yer almalıdır.	
00	01	03	02	00	H	Hastane enfeksiyonlarının sürveyansına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	15
00	01	03	02	01	H	Hastane enfeksiyonlarının rutin sürveyansı yapılmalıdır.	
00	01	03	02	02	H	Sürveyans sonuçları Ulusal Hastane Enfeksiyonları Surveyans Ağı'na (UHESA) kayıt edilmelidir.	
00	01	03	02	03	H	Sürveyans sonuçlarına göre bölüm bazında düzeltici ve önleyici faaliyetler başlatılmalıdır.	
00	01	03	02	04	H	Üç ayda bir bölüm bazında hastane enfeksiyon hızları, etkenleri ve direnç paternlerini içeren sürveyans raporu hazırlanmalıdır.	
00	01	03	02	05	H	Sürveyans raporları üst yönetim ve ilgili bölümle paylaşılmalıdır.	
00	01	03	03	00	G	İzolasyon önlemleriyle ilgili düzenleme yapılmalıdır.	15
00	01	03	03	01	G	Enfekte veya kolonize hastalara yönelik izolasyon önlemleri alınmalıdır.	
00	01	03	03	02	G	İzolasyon odasının giriş kapısında uygulanan izolasyon yöntemini gösteren bir tanımlayıcı bulunmalıdır. o Solunum izolasyonunda sarı yaprak, o Damlacık izolasyonunda mavi çiçek, o Temas izolasyonunda kırmızı yıldız tanımlayıcıları kullanılmalıdır.	

00	**01**	**03**	**04**	**00**	**H**	**Antibiyotik kullanımına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**	**15**
00	01	03	04	01	H	**Antibiyotik kontrol ekibi oluşturulmalı,** o Antibiyotik kontrol ekibinde; Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanı, Tıbbi Mikrobiyoloji Uzmanı, Cerrahi Branşlardan bir uzman, Pediatri Uzmanı ve Eczacı bulunmalıdır.	
00	01	03	04	02	H	**Antibiyotik Kontrol Ekibi tarafından "Antibiyotik Kullanım Kontrolü ve Antibiyotik Profilaksi Rehberi" hazırlanmalıdır.**	
00	**01**	**03**	**05**	**00**	**G**	**El hijyenini sağlamaya yönelik eğitim programı hazırlanmalıdır.**	**20**
00	01	03	05	01	G	**Yılda en az bir kez çalışanlara eğitim verilmeli,** o Eğitimler meslek gruplarına göre düzenlenmelidir.	
00	01	03	05	02	G	**El hijyeni eğitimi;** o El hijyeninin önemi, o El hijyeni endikasyonları, o El hijyeni sağlama yöntemleri, o Eldiven kullanımı ile ilgili kuralları, o El antiseptikleri ile ilgili genel bilgileri, o Alkol bazlı el antiseptikleri ile ilgili alınması gereken güvenlik önlemleri konularını kapsamalıdır.	
00	01	03	05	03	G	**Çalışanlara hastane bilgi sistemi üzerinden el hijyenini hatırlatan uyarıcı mesajlar gönderilmelidir.**	
00	**01**	**03**	**06**	**00**		**El hijyenini sağlamaya yönelik malzeme bulunmalıdır.**	**15**
00	01	03	06	01		**Sağlık hizmeti sunulan alanlarda alkol bazlı el antiseptikleri bulunmalıdır.**	
00	01	03	06	02		**Her yatak başında alkol bazlı el antiseptik solüsyonları bulunmalıdır.**	
00	**01**	**03**	**07**	**00**	**G**	**El hijyeni uyumunun değerlendirilmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**20**
00	01	03	07	01	G	**El antiseptik solüsyonu iç istemleri her bölüm için düzenli olarak üç ayda bir takip edilmeli,** o Bölümlerde el antiseptik solüsyonlarının yeterli kullanılmadığı tespit edildiğinde iyileştirme faaliyetleri yapılmalıdır.	
00	01	03	07	02	G	**"5 Endikasyon Kuralı Gözlem Formu" ile çalışanlar üzerinde haberli gözlem yapılmalı,** o Gözlemler her üç ayda bir yapılmalı, o Gözlemler asgari yoğun bakım ve kliniklerde yapılmalı, o Gözlemler yoğun bakımlarda sağlık çalışanlarının tamamını kliniklerde ise en az %10'unu kapsamalıdır.	

TESİS YÖNETİMİ

Revizyon	Dikey Boyut	Bölüm No	Standart No	Değerlendirme Ölçütü	Yatay Boyut	STANDARTLAR	Puan
00	01	04				TESİS YÖNETİMİ	140
00	01	04	01	00		Bina turları yapılmalıdır.	15
00	01	04	01	01		Bina turlarında hastanedeki fiziksel durum ve işleyiş ile ilgili aksaklıklar tespit edilmelidir.	
00	01	04	01	02		Bina turları tıbbi, idari ve hemşirelik hizmetleri yöneticilerinden birer temsilci, kalite yönetim direktörü ve teknik işler sorumlusunun yer aldığı bir ekip tarafından yapılmalıdır.	
00	01	04	01	03		En az 3 ayda bir yapılmalıdır.	
00	01	04	01	04		Tespit edilen aksaklıklara yönelik düzeltici önleyici faaliyet başlatılmalıdır.	
00	01	04	02	00		Hasta ve çalışanların can ve mal güvenliğini sağlamaya yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10
00	01	04	02	01		Hastanede 24 saat güvenlik hizmeti verilmelidir.	
00	01	04	02	02		Hastane genel kullanım alanları güvenlik kamerası ile izlenmeli, o Güvenlik kamerası kayıtları en az 6 ay süreyle saklanmalıdır.	
00	01	04	03	00		Çevre düzenlemesi yapılmalıdır.	10
00	01	04	03	01		Hastane bahçesinde oturma alanları bulunmalıdır.	
00	01	04	03	02		Araç giriş-çıkışının kontrollü olmasını sağlayan bir düzenleme bulunmalıdır.	
00	01	04	03	03		Çalışanlar ve hastaların kullanımı için otopark bulunmalıdır. o Araç park alanları çizgilerle belirlenmiş olmalıdır.	
00	01	04	04	00		Tesis kaynaklı düşmeleri engellemek için önlemler alınmalıdır.	10
00	01	04	04	01		Tesis kaynaklı düşme olaylarını engellemek için; o Merdivenlerde korkuluk bulunmalı, o Alçak tavan uyarıları bulunmalı, o Islak zemin uyarı levhaları kullanılmalı, o Zemindeki engellere karşı önlemler alınmalıdır.	
00	01	04	04	02		Tesis kaynaklı düşme olayları kalite yönetim birimine bildirilmelidir.	

00	**01**	**04**	**05**	**00**		**Hastanede su, elektrik enerjisi ve medikal gaz hizmetleri kesintisiz olarak verilmelidir.**	**15**
00	01	04	05	01		**İçme suyu, elektrik enerjisi ve medikal gaz hizmetleri kesintisiz olarak sunulmalı,** o Bu hizmetlerin kesintiye uğraması durumunda diğer alternatiflerin ihtiyacı karşılama kapasiteleri belirlenmeli, o Gerektiğinde bu hizmetlerin hangi yolla temin edileceği planlanmalıdır.	
00	**01**	**04**	**06**	**00**		**Asansörlerin güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	04	06	01		**Asansör kullanım uygunluk belgesi bulunmalıdır.**	
00	01	04	06	02		**Asansörlerde yardım çağrı sistemi bulunmalıdır.**	
00	01	04	06	03		**Asansörlerde engellilere yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	
00	01	04	06	04		**Asansör bakımları aylık olarak ve gerektiğinde yapılmalıdır.**	
00	**01**	**04**	**07**	**00**		**Havalandırma sisteminin kontrolü ve bakımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	04	07	01		**Merkezi havalandırma sisteminin ve klimaların bakım ve kontrolü yapılmalıdır.**	
00	**01**	**04**	**08**	**00**		**Elektrik sistemlerinin güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	04	08	01		**Hastane trafolarının periyodik bakımı ve kontrolü yapılmalıdır.**	
00	01	04	08	02		**Jeneratörlerin ruhsatı olmalıdır.**	
00	01	04	08	03		**Jeneratörlerin;** o Günlük kontrolü, o 3 aylık, 6 aylık ve yıllık bakımları yapılmalıdır.	
00	01	04	08	04		**Kesintisiz güç kaynağına (UPS) bağlı prizler tanımlanmalıdır.**	
00	01	04	08	05		**Prizler sabitlenmiş olmalıdır.**	
00	01	04	08	06		**Çocuk servislerinde priz koruması olmalıdır.**	
00	**01**	**04**	**09**	**00**		**Su depolarının güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	04	09	01		**Su depoları çelikten veya betondan olmalı,** o Beton yapıdaki su depolarının yüzeyi kolay temizlenebilir özellikte olmalı ve sızdırmaz malzemeden yapılmış olmalıdır.	
00	01	04	09	02		**Su depolarının periyodik bakımı yapılmalıdır.** o Su depoları yılda en az bir kez boşaltılarak temizlenmeli, o Depolardan yılda en az iki defa su numuneleri alınarak bakteriyolojik ve kimyasal analizleri yaptırılmalıdır.	
00	01	04	09	03		**Haftalık klor ölçümleri yapılmalıdır.**	

00	01	04	10	00		Medikal gaz sistemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10
00	01	04	10	01		Medikal gaz sistemlerinin bakım ve kontrolleri yapılmalıdır.	
00	01	04	11	00		Sıkıştırılmış gaz konteynırlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10
00	01	04	11	01		Sıkıştırılmış gaz konteynırları sabitlenmiş olmalıdır.	
00	01	04	11	02		Üretici firma tarafından hastaneye teslim edilen sıkıştırılmış gaz konteynırlarının sertifikası bulunmalıdır.	
00	01	04	11	03		Kontrolleri yapılmalıdır.	

ACİL DURUM VE AFET YÖNETİMİ

Revizyon	Dikey Boyut	Bölüm No	Standart No	Değerlendirme Ölçütü	Yatay Boyut	STANDARTLAR	Puan
00	01	05				**ACİL DURUM VE AFET YÖNETİMİ**	85
00	**01**	**05**	**01**	**00**		**Acil durum ve afet planı oluşturulmalıdır.**	**10**
00	01	05	01	01		**Acil durum ve afet planı;** o Koruyucu önlemleri, o Kontrolü, o Erken teşhis ve tespiti, o Tesisin tahliyesini, o Kullanılacak alternatif alanları, o Kullanılacak malzemelerin teminini, o İşbirliği yapılacak kurumlarla organizasyonu kapsamalıdır.	
00	01	05	01	02		**Plana ilişkin görevlendirmeler yapılmalı,** o Acil durumda görev alacak çalışanlar yedekleri ile birlikte belirlenmeli, » Sorumluluklar belirlenmelidir.	
00	**01**	**05**	**02**	**00**		**Acil durum yönetimine yönelik eğitim verilmelidir.**	**10**
00	01	05	02	01		**Acil durumda görev alacak çalışanlara acil durum planına yönelik eğitim verilmelidir.**	
00	01	05	02	02		**Tüm hastane çalışanlarına;** o Yangın söndürücüleri ve hortumlarının kullanımına yönelik uygulamalı eğitim verilmelidir.	
00	01	05	02	03		**Çalışanların katılımı ile yılda en az bir kez tatbikat yapılmalıdır.** o Tesis tahliye tatbikatı yılda en az bir kez yapılmalıdır. » Tesis tahliye tatbikatı; yoğun bakım ve psikiyatri klinik/servis tahliyesini de kapsamalıdır. o Yangın tatbikatı yılda en az bir kez yapılmalıdır. o Tatbikatların görüntü kayıtları bulunmalıdır. o Tatbikat raporu hazırlanmalıdır. o Tatbikat raporuna göre gerektiğinde düzeltici ve önleyici faaliyet başlatılmalıdır.	

00	**01**	**05**	**03**	**00**		**Depreme yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**10**
00	01	05	03	01		**Birinci ve ikinci deprem bölgesinde bulunan hastaneler "Yapısal Olmayan Tehlikelerin Azaltılması (YOTA)" uygulaması yapmalıdır.**	
00	**01**	**05**	**04**	**00**		**Acil çıkışlara yönelik düzenleme bulunmalıdır.**	**15**
00	01	05	04	01		**Acil çıkış levhaları bulunmalı,** o Acil çıkış levhaları, karanlıkta görülebilecek özellikte olmalı, o Levhalar, hastanenin her noktasından çıkışlara ulaştıracak şekilde yerleştirilmeli, o Diğer işaret ve levhalar çıkış levhalarının görülmesini engellememelidir.	
00	01	05	04	02		**Acil çıkışlara yönelik düzenleme yapılmalı,** o Hastane krokilerinde acil çıkışlar gösterilmeli, o Acil çıkışlarda herhangi bir engel bulunmamalı, o Acil çıkış kapıları içeriden panik barlı olmalı, o Acil çıkış merdivenlerinde elektrik kesildiğinde devreye giren acil aydınlatma lambaları bulunmalı, o Hastaların acil çıkış merdivenlerinden transferini sağlayacak nitelikte sedye bulunmalıdır.	
00	**01**	**05**	**05**	**00**		**Acil durum erken uyarı sistemi bulunmalıdır.**	**10**
00	01	05	05	01		**Acil durum erken uyarı sisteminde ses ve ışık uyaranları kullanılmalıdır.**	
00	01	05	05	02		**Sistem kesintisiz güç kaynağına bağlı olarak çalışmalıdır.**	
00	01	05	05	03		**Sistemin bakım ve kontrolleri yapılmalıdır.**	
00	**01**	**05**	**06**	**00**		**Yangın algılama sistemi bulunmalıdır.**	**10**
00	01	05	06	01		**Yangın algılama sistemi;** o Hastanenin tüm alanlarında bulunmalı, o Adreslenebilir olmalı, o Kesintisiz güç kaynağına bağlı olarak çalışmalıdır.	
00	01	05	06	02		**Yangın algılama sistemlerinin bakım ve kontrolleri yapılmalıdır.**	
00	**01**	**05**	**07**	**00**		**Yangın söndürücülerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**10**
00	01	05	07	01		**Hastane krokilerinde yangın söndürücüleri gösteren işaretlemeler bulunmalıdır.**	
00	01	05	07	02		**Yangın söndürücüler duvara sabitlenmiş bir şekilde bulunmalıdır.**	

00	01	05	07	03		**Otoparklarda, depolarda, tesisat dairelerinde ve benzeri yerlerde tekerlekli tip yangın söndürme tüpü bulunmalıdır.**	
00	01	05	07	04		**Yangın Söndürme tüplerinin;** o Kontrolü yapılmalı, o Genel bakımları yapılmalı, o Toz değişimi yapılmalıdır.	
00	01	05	07	05		**Yangın dolabı içindeki ekipman çalışır durumda olmalıdır.** o Yangın hortumu hasarsız olmalı, o Yangın hortumu çekildiğinde kolayca gelmeli, o Vanalar kolayca açılmalıdır.	
00	**01**	**05**	**08**	**00**		**Bina çatılarında yangına karşı önlemler alınmalıdır.**	**10**
00	01	05	08	01		**Çatılar belirli aralıklarda temizlenmelidir.**	
00	01	05	08	02		**Yangına sebebiyet verecek hiçbir malzeme ve ekipman bulunmamalıdır.**	
00	01	05	08	03		**Elektrik aksamının yalıtımları olmalıdır.**	

BİLGİ YÖNETİMİ

Revizyon	Dikey Boyut	Bölüm No	Standart No	Değerlendirme Ölçütü	Yatay Boyut	STANDARTLAR	Puan
00	01	06				**BİLGİ YÖNETİMİ**	140
00	**01**	**06**	**01**	**00**		**Yazılım-donanım destek birimi bulunmalıdır.**	**10**
00	01	06	01	01		**Yazılım-donanım destek birimi 24 saat kesintisiz hizmet sunmalı,**	
00	01	06	01	02		**Yazılım-donanım destek birimi çalışanlarının güncel iletişim bilgileri santralde bulunmalıdır.**	
00	**01**	**06**	**02**	**00**		**Hastane Bilgi Yönetim Sistemi'nde (HBYS) yer alan modüller tek bir veri tabanı üzerinden yönetilmelidir.**	**10**
00	01	06	02	01		**HBYS'de yer alan temel modüllerin tümü aktif olarak kullanılmalı,** o Hasta Kayıt, Hasta Yatışı, Poliklinik, Klinik, Eczane, Depo, Satın alma, Ayniyat, Laboratuar, Vezne, Faturalandırma, Radyoloji, Personel modülü bulunmalıdır.	
00	01	06	02	02		**Bölümlerin malzeme ve demirbaş istemlerinin;** o Yapılması, o Onaylanması, o Satın alınması, o Depoya teslim edilmesi, o Bölümler tarafından teslim alınması HBYS üzerinden gerçekleştirilmelidir.	
00	**01**	**06**	**03**	**00**		**HBYS'de personel bilgi modülü bulunmalıdır.**	**10**
00	01	06	03	01		**Personel bilgi modülünde çalışanların;** o Fotoğrafı, o Çalıştığı bölüm, o Kan grubu, o İletişim bilgileri, o İzin ve rapor bilgileri, o Eğitim durumu, o Sertifikaları, o Hizmet içi eğitimleri, o Yabancı dil bilgisi güncel olarak yer almalıdır.	

00	**01**	**06**	**04**	**00**		**HBYS'ye bağlı tüm bilgisayarlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**10**
00	01	06	04	01		**Bilgisayar donanım ve yazılımlarının güncel envanteri oluşturulmalıdır. Envanterde;** o Bulunduğu bölüm, marka, model, seri no, demirbaş numarası, donanım ve yazılım adı, işletim sistemi, ek aksamlar, alınma tarihi, varsa garanti süresi bulunmalıdır.	
00	**01**	**06**	**05**	**00**		**Bilgi güvenliğini sağlamaya yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	06	05	01		**Bilgi güvenliğini sağlamaya yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır. Yazılı düzenleme;** o Sunucuların güvenliği, o Yedekleme, o Kişisel sağlık kayıtlarının güvenliği, o İnternet erişim ve kullanımı, o e-posta kullanımı, o Şifre kullanımı, o Uzaktan erişim, o Kablosuz erişim konularını kapsamalıdır.	
00	01	06	05	02		**Bilgi güvenliğinden sorumlu bir ekip oluşturulmalı,** o Hastane üst yönetiminden bir kişi ekibe başkanlık etmeli, o Ekip; » Bilgi güvenliği ile ilgili mevcut durumu tespit etmeli, » Bilgi güvenliği için olası riskleri belirlemeli, » Tanımlı kullanıcılar için yapılan yetki değişikliklerini izlemeli, » Gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyet başlatmalıdır.	
00	01	06	05	03		**Tüm bilgisayarlarda merkezi sunucu tarafından kontrol edilebilen antivirüs yazılımı olmalıdır.**	
00	01	06	05	04		**Bilgi güvenliği konusunda çalışanlara eğitim verilmelidir.**	
00	**01**	**06**	**06**	**00**		**Sunucu odalarının güvenliği sağlanmalıdır.**	**10**
00	01	06	06	01		**Sadece sunuculara tahsis edilmiş bağımsız bir oda olmalıdır.**	
00	01	06	06	02		**Yetkisiz personelin girişi engellenmelidir.**	
00	01	06	06	03		**Suya karşı iyi bir yalıtıma sahip olmalıdır.**	
00	01	06	06	04		**Hastanedeki diğer kesintisiz güç kaynaklarından bağımsız bir kesintisiz güç kaynağı bulunmalıdır.**	
00	01	06	06	05		**Sıcaklık 18-22 ^{0}C; nem % 30 - % 50 arasında olmalıdır.**	
00	01	06	06	06		**Yedekli olarak çalışan klima bulunmalıdır.**	

00	**01**	**06**	**07**	**00**		**Sunucunun güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.**	**10**
00	01	06	07	01		**Kurumda bulunan bütün sunucuların kayıtları tutulmalıdır. Bu kayıtlarda:** o Sunucunun yeri, o Sorumlu kişisi, o Donanım, o İşletim sistemi üzerinde çalışan uygulama bilgileri yer almalıdır.	
00	01	06	07	02		**Sunucu üzerinde çalışan işletim sistemleri, hizmet sunucu yazılımları ve antivirüs gibi koruma amaçlı yazılımlar güncel olmalıdır.**	
00	01	06	07	03		**Sunucuların yazılım ve donanım bakımları üretici firmanın uygun gördüğü süreler dâhilinde yetkili kişiler tarafından yapılmalıdır.**	
00	**01**	**06**	**08**	**00**		**Veritabanı güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.**	**10**
00	01	06	08	01		**Veritabanı sistem logları tutulmalı ve gerektiğinde idare tarafından izlenebilmelidir.**	
00	01	06	08	02		**Veritabanı ile ilgili sorumlu kişilerin iletişim bilgileri bulunmalıdır.**	
00	01	06	08	03		**Kullanıcıların arayüze bağlanmak için kullandıkları şifreler şifreli bir şekilde saklanmalıdır.**	
00	01	06	08	04		**Veritabanı üzerinde loglanması gereken işlemler belirlenmelidir.**	
00	01	06	08	05		**Kullanıcılar veritabanına yapılacak müdahale (yama ve güncelleme vb.) öncesinde bilgilendirilmelidir.**	
00	**01**	**06**	**09**	**00**		**Dış ortamdan iç ortama erişimlerde güvenlik tedbirleri alınmalıdır.**	**10**
00	01	06	09	01		**Hastaneye destek hizmeti veren firmanın dış ortamdan iç ortama hangi durumlarda erişim yapacağı hakkında hastane tarafından onaylanmış gizlilik sözleşmesi bulunmalıdır.**	
00	01	06	09	02		**Dış ortamdan iç ortama yapılan erişimler kayıt altına alınmalıdır.**	
00	**01**	**06**	**10**	**00**		**HBYS üzerindeki verilerin yedeklenmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.**	**15**
00	01	06	10	01		**Yedekleme her gün HBYS'nin çalıştığı sunucu haricindeki bir ortamda düzenli olarak yapılmalı,** o Yedekleme; harici bellek, taşınabilir kayıt ortamları veya ağ üzerinde çalışan yedek sunucu gibi bir ortamda olmalıdır.	
00	01	06	10	02		**Yedekleme ortamı, fiziksel olarak HBYS'nin üzerinde çalıştığı alanlardan faklı bir alanda, mümkünse farklı binada saklanmalıdır.**	
00	01	06	10	03		**Veriler offline ortamlarda süresiz olarak saklanmalıdır.**	

00	01	06	10	04		**Yedeklemeler aracılığı ile yılda bir kez veri kurtarma testi uygulanmalı,** o Yedeklemeden geri dönüşün sağlanıp sağlanmadığı ve veri kaybının olup olmadığı kontrol edilmeli, o Test kayıt altına alınmalı, o Gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyet başlatılmalıdır.	
00	**01**	**06**	**11**	**00**		**Hastane bilgi sisteminde yetkilendirme yapılmalıdır.**	**10**
00	01	06	11	01		**Her kullanıcının veri tabanında hangi bilgilere erişebileceği tanımlanmalıdır.**	
00	01	06	11	02		**Çalışanlar yetki düzeyleri ile ilgili olarak bilgilendirilmeli,** o Bilgilendirme ve yetki düzeyi kayıt altına alınmalı, o Aynı görevi icra eden çalışanlar aynı yetki gruplarına sahip olmalıdır.	
00	**01**	**06**	**12**	**00**		**HBYS üzerinde yapılan işlemler izlenebilir olmalıdır.**	**10**
00	01	06	12	01		**Salt okunur özellikte ayrı bir veritabanı ya da tablo mevcut olmalıdır.**	
00	01	06	12	02		**Veritabanı ya da tablolarda sisteme giriş yapan kullanıcılar, gerçekleştirdikleri işlemler, sistem ayarlarında gerçekleştirilen değişiklikler, sistem mesajları ve hatalar ile ilgili kayıtlar yer almalıdır.**	
00	01	06	12	03		**Bu veritabanı ya da tablolara sadece bilgi sisteminde yönetici olarak yetkilendirilmiş kişiler ulaşabilmelidir.**	
00	**01**	**06**	**13**	**00**		**HBYS'de oluşan sorunların çözümüne yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**10**
00	01	06	13	01		**HBYS ile ilgili sorunlarda çalışanların kiminle nasıl irtibat kuracağı belirlenmelidir.**	
00	01	06	13	02		**Sorun giderilinceye kadar işlerin aksamamasına yönelik yapılması gerekenler bölüm bazında belirlenmelidir.**	
00	01	06	13	03		**HBYS tekrar aktif olduğunda bu süreçte elde edilen verilerin HBYS'ye kim tarafından ve nasıl kaydedileceği belirlenmelidir.**	
00	01	06	13	04		**HBYS ile ilgili sorunlar ve çözümler kayıt altına alınmalı,** o Sorunun oluştuğu tarih ve saat, o Bildirimin yapıldığı tarih ve saat, o Sorunun çözüldüğü tarih ve saat kayıt altına alınmalıdır.	
00	01	06	13	05		**Sorunlar ile ilgili aylık istatistiksel çalışma yapılmalı,** o Sorunlar ile ilgili gerekli düzeltici önleyici faaliyet başlatılmalıdır.	

STOK YÖNETİMİ

Revizyon	Dikey Boyut	Bölüm No	Standart No	Değerlendirme Ölçütü	Yatay Boyut	STANDARTLAR	Puan
00	01	07				STOK YÖNETİMİ	55
00	01	07	01	00		İlaç, anestezik ajan, kit, kalibratör, kontrol serumları ve malzemelerin takibi yapılmalıdır.	15
00	01	07	01	01		**İlaç, anestezik ajan, kit, kalibratör, kontrol serumları ve malzemelerin stok takibi HBYS üzerinden yapılmalı,** o İlaç, anestezik ajan, kit, kalibratör, kontrol serumları ve malzemelerin minimum stok seviyesi, kritik stok seviyesi, maksimum stok seviyesi belirlenmeli, o Minimum, kritik ve maksimum stok seviyeleri HBYS'de takip edilmeli, o Belirlenen seviyelerde sapma olması durumunda HBYS'de uyarıcı düzenleme bulunmalıdır.	
00	01	07	01	02		**İlaç, anestezik ajan, kit, kalibratör, kontrol serumları ve malzemelerin miatları HBYS üzerinden takip edilmeli,** o Miadı yaklaşan ilaç, anestezik ajan, kit ve malzemelere yönelik HBYS'de uyarıcı bir düzenleme bulunmalıdır.	
00	01	07	02	00		Depoda bulunan malzemelerin yerleştirilmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10
00	01	07	02	01		**Malzemelerin yerleşim yerini gösteren yerleşim planları bulunmalıdır.**	
00	01	07	02	02		**Depolarda hemzemin yerleştirme yapılmamalıdır.**	
00	01	07	02	03		**İstifleme tavandan en az 40 cm aşağıda olmalıdır.**	
00	01	07	02	04		**Malzemenin cinsine göre uygun yerleştirme yapılmalıdır.**	
00	01	07	03	00		Deponun koşullarına göre oluşabilecek risklere yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10
00	01	07	03	01		**Deponun koşullarına göre riskler tanımlanmalıdır.**	
00	01	07	03	02		**Risklere yönelik koruyucu önlemler alınmalıdır.**	
00	01	07	04	00		Depoda sıcaklık ve nem takibi yapılmalıdır.	10
00	01	07	04	01		**Depolarda bulunan malzemenin niteliğine göre sıcaklık ve nem takibi yapılmalıdır.**	
00	01	07	04	02		**Depoda bulunan buzdolaplarının sıcaklık ölçümleri yapılmalıdır.**	

00	01	07	05	00		Tehlikeli maddelerin yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10
00	01	07	05	01		**Tehlikeli maddelerin yönetimine yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır. Yazılı düzenleme;** o Tehlikeli maddelerin güvenli taşınması, depolanması ve kullanılmasını, o Tehlikeli maddelerin dökülmesi ve maddelere maruz kalma durumunda yapılması gerekenleri kapsamalıdır.	
00	01	07	05	02		**Kullanılan tehlikeli maddelerin envanteri oluşturulmalıdır. Envanterde;** o Tehlikeli maddenin; » İsmi, markası, etken maddesi, tipi (toz, kristal vs), kullanım şekli ve miadını, » Saklama koşullarını, » Etkileşime girdiği maddeleri, » Temas halinde yapılacakları, » Kullanıldığı ve depolandığı yerleri, » Taşıma şeklini, » İmha yöntemlerini, » Tehlikeli madde sınıfını gösteren simgelerini kapsamalıdır. o Envanter depoda ve kullanım alanında bulunmalıdır.	
00	01	07	05	03		**Kimyasal maddenin adı ve tehlikeli madde sınıfını gösteren simge belirtilerek etiketlenmelidir.**	
00	01	07	05	04		**Kullanıcılara tehlikeli madde sınıfını gösteren simgeler hakkında eğitim verilmelidir.**	

ATIK YÖNETİMİ

Revizyon	Dikey Boyut	Bölüm No	Standart No	Değerlendirme Ölçütü	Yatay Boyut	STANDARTLAR	Puan
00	01	08				**ATIK YÖNETİMİ**	50
00	01	08	01	00	G	**Atık yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	15
00	01	08	01	01	G	**Bu düzenleme;** o Üretilen atık çeşitlerini, o Atıkların kaynağında ayrıştırılmasını, o Üretilen atık miktarının azaltılmasını, o Atıkların usulüne uygun olarak toplanmasını ve taşınmasını, o Atıkları taşımada kullanılacak ekipmanı, o Toplama ekipmanının temizliğini ve dezenfeksiyonunu, o Geçici depolama alanlarının kullanımı ve atıkların depolanması ile ilgili kuralları, o Geçici depolama alanlarının temizliği ve dezenfeksiyon kuralları, o Lisanslı atık taşıyıcılarına teslim edilmesini, o Atıkların toplanması ve taşınması sırasında oluşabilecek kazalara karşı alınacak önlemleri ve kaza durumunda yapılacak işlemleri, o Atık yönetimi sürecinde yer alan sorumluları kapsamalıdır.	
00	01	08	02	00		**Geçici depolama alanları oluşturulmalıdır.**	10
00	01	08	02	01		**Tıbbi ve evsel atık depoları bulunmalıdır.**	
00	01	08	02	02		**Diğer atıklar için depolama alanları bulunmalıdır. Diğer atıklar;** o Tehlikeli atıkları, o Cam, kağıt ve ambalaj atıkları, o Bitkisel yağ atıkları, o Pil/akümülatör, o Floresan lamba atıklarını kapsar.	
00	01	08	02	03		**Geçici depolama alanlarının temizliği yapılmalıdır**	

00	01	08	03	00		Atık yönetimi konusunda çalışanlara eğitim verilmelidir.	10
00	01	08	04	00		Atıkların kaynağında ayrıştırılmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	15
00	01	08	04	01		Her bölüm için atıklar belirlenmelidir.	
00	01	08	04	02		Uygun atık kutuları kullanılmalıdır.	

Sağlık Hizmeti Yönetimi

POLİKLİNİK HİZMETLERİ

Revizyon	Dikey Boyut	Bölüm No	Standart No	Değerlendirme Ölçütü	Yatay Boyut	STANDARTLAR	Puan
00	02	01				**POLİKLİNİK HİZMETLERİ**	240
00	**02**	**01**	**01**	**00**		**Hasta kayıt işlemlerinin yapıldığı birime yönelik düzenleme bulunmalıdır.**	**10**
00	02	01	01	01		Hasta kayıt işlemlerinin yapıldığı birim bulunmalıdır.	
00	02	01	01	02		Bu birimde, bölümde hizmet veren hekimlerin listesi bulunmalıdır.	
00	02	01	01	03		Birim çalışanlarına eğitim verilmelidir. Eğitim programında; o Hasta memnuniyeti, o Hasta hakları, o İletişim becerileri bulunmalıdır.	
00	02	01	01	04		Birim çalışanlarına her dönem en az bir kez eğitim verilmelidir.	
00	**02**	**01**	**02**	**00**		**Karşılama, danışma ve yönlendirme hizmeti verilmelidir.**	**15**
00	02	01	02	01		Karşılama, danışma ve yönlendirme hizmeti sunan birim bulunmalıdır.	
00	02	01	02	02		Bu birimde; hastane bilgi rehberi, tanıtıcı broşür, telefon ve bilgisayar bulunmalıdır.	
00	02	01	02	03		Bu birimde çalışanlar, diğer hastane çalışanlarından ayırt edilebilecek kıyafet giymelidir.	
00	02	01	02	04		Bu birimde çalışanlara eğitim verilmelidir. Eğitim programında; o Hasta memnuniyeti, o Hasta hakları, o İletişim becerileri bulunmalıdır.	
00	02	01	02	05		Bu birimde çalışanlara her dönem en az bir kez eğitim verilmelidir.	
00	**02**	**01**	**03**	**00**		**Bekleme alanlarında düzenleme yapılmalıdır.**	**10**
00	02	01	03	01		Bekleme alanları oturma alanlarına sahip olmalıdır.	
00	02	01	03	02		Bekleme alanları temiz olmalıdır.	
00	02	01	03	03		Bekleme alanlarında iklimlendirme sağlanmalıdır.	

00	**02**	**01**	**04**	**00**		**Muayene zaman aralığı belirlenmelidir.**	**10**
00	02	01	04	01		**Muayene zaman aralığı bir saatlik zaman aralığı şeklinde düzenlenmelidir.**	
00	02	01	04	02		**Hasta muayene zaman aralığı hakkında bilgilendirilmelidir.**	
00	**02**	**01**	**05**	**00**		**Muayene odalarında düzenleme yapılmalıdır.**	**10**
00	02	01	05	01		**Muayene odalarında;** o Oda girişinde hekimin adı soyadı, varsa uzmanlık alanı ve unvanı bulunmalı, o Lavabo, sıvı sabun, kâğıt havlu ve alkol bazlı el antiseptikleri bulunmalı, o Hekim ile hastanın karşılıklı oturabileceği şekilde düzenlenmeli, o Muayene masa örtüsü temiz olmalıdır. » Muayene masa örtülerinde ticari reklam bulunmamalıdır.	
00	**02**	**01**	**06**	**00**		**Kadın hastalıkları muayene odasında ultrasonografi cihazı bulunmalıdır.**	**10**
00	**02**	**01**	**07**	**00**		**Bebek bakım ve emzirme odası bulunmalıdır.**	**10**
00	02	01	07	01		**Bebek bakım ve emzirme odalarında;** o Emzirmeyi özendirici, doğru emzirmeyi anlatan afiş ve broşürler olmalı, o Kenarları sivri olmayan malzeme bulunmalı, o Oyuncak bulundurulmamalı, o Bebek alt değiştirme yeri korkuluklu ve temiz olmalı, o Lavabo, sabun, kâğıt havlu, duvara monte el antiseptiği bulunmalı, o İklimlendirme sağlanmalıdır.	
00	**02**	**01**	**08**	**00**		**Kan alma birimlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**10**
00	02	01	08	01		**Kan alma birimlerinde fiziki düzenleme yapılmalı,** o Kan alma koltukları pozisyon verilebilen özellikte olmalı, o Atık yönetimi çerçevesinde düzenleme yapılmalı, o El hijyeni sağlamaya yönelik el antiseptiği bulunmalıdır.	
00	02	01	08	02		**Kan alma biriminde hasta bekleme süreleri ölçülmelidir.**	
00	**02**	**01**	**09**	**00**		**Hastaların laboratuvar sonuçlarına basılı kopya olarak ulaşabilmelerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**10**
00	**02**	**01**	**10**	**00**		**Hastaların hekim seçme hakkı olmalıdır.**	**15**
00	02	01	10	01		**Hastalar istediği hekimi seçebilmelidir.**	

00	**02**	**01**	**11**	**00**		**Yaşlı kişiler için işlevsel düzenlemeler bulunmalıdır.**	**15**
00	02	01	11	01		**Yaşlı kişilerin sağlık hizmeti almaları ile ilgili olarak;** o Öncelikli kayıt yaptırmaları, o Poliklinik alanlarında öncelikli oturabilmeleri, o Öncelikli muayeneleri sağlanmalıdır.	
00	**01**	**01**	**12**	**00**		**Hastalara hizmet verilen alanlar iletişime açık bir şekilde düzenlenmelidir.**	**15**
00	01	01	12	01		**Sonuç alma, numune kabul, kayıt, halkla ilişkiler hizmet noktalarında hasta ve çalışan arasında fiziksel bariyer (camekân, pencere, demir parmaklık, yükseklik) bulunmamalıdır.**	
00	**01**	**01**	**45**	**00**	**Ç**	**Çalışanlar tarafından kişisel koruyucu ekipman kullanılmalıdır.**	**15**
00	01	01	45	01	Ç	**Bölüm bazında kullanılması gereken kişisel koruyucu ekipman belirlenmelidir.**	
00	01	01	45	02	Ç	**Kişisel koruyucu ekipman çalışma alanlarında ulaşılabilir olmalıdır.**	
00	01	01	45	03	Ç	**Kişisel koruyucu ekipman kullanımı konusunda çalışanlara eğitim verilmelidir.**	
00	**01**	**01**	**52**	**00**	**H**	**Tıbbi cihazların yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	52	02	H	**Tıbbi cihazların bölüm bazında envanteri bulunmalıdır.**	
00	01	01	52	03	H	**Tıbbi cihazların bakım, onarım, ölçme, ayar ve kalibrasyonlarına yönelik plan bulunmalı,** o Plan dahilinde cihazların ölçme, ayar ve kalibrasyonları yapılmalıdır.	
00	01	01	52	04	H	**Kalibrasyonu yapılan cihazların kalibrasyon etiketi bulunmalıdır. Etikette;** o Kalibrasyonu yapan firmanın adı, o Kalibrasyon tarihi, o Geçerlilik süresi, o Sertifika numarası bulunmalıdır.	
00	**01**	**01**	**53**	**00**		**Hastanenin temizliğine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	53	01		**Bölüm bazında temizlik planı bulunmalıdır.**	
00	01	01	53	02		**Risk düzeylerine göre temizlik kuralları belirlenmelidir.**	
00	01	01	53	03		**Temizlik malzemeleri ve malzemelerin kullanımı ile ilgili kurallar belirlenmelidir.**	
00	01	01	53	04		**Tüm kapalı ve açık alanların temizlikleri kontrol edilmelidir.** o Kontrol aralıkları, o Kontrol sorumluları belirlenmelidir.	

00	**01**	**01**	**55**	**00**		**Kişisel temizlik alanlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	55	01		**Kişisel temizlik alanlarının kapıları dışarı doğru açılmalıdır.**	
00	01	01	55	02		**Kişisel temizlik alanlarının temizliği sağlanmalıdır.**	
00	01	01	55	03		**Kişisel temizlik alanlarında temizlik malzemeleri bulundurulmalı,** o Sıvı sabun, kâğıt havlu, tuvalet kâğıdı ve poşetli çöp kutusu bulundurulmalıdır.	
00	01	01	55	04		**Sıvı sabun kaplarının üstüne ekleme yapılmamalı,** o Boşalan sabunluk yıkanıp iyice kurutulduktan sonra tekrar doldurulmalıdır.	
00	**01**	**01**	**64**	**00**		**Hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik düzenlemeler bulunmalıdır.**	**10**
00	**01**	**03**	**06**	**00**		**El hijyenini sağlamaya yönelik malzeme bulunmalıdır.**	**15**
00	01	03	06	01		**Sağlık hizmeti sunulan alanlarda alkol bazlı el antiseptikleri bulunmalıdır.**	
00	**01**	**08**	**04**	**00**		**Atıkların kaynağında ayrıştırılmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	08	04	01		**Her bölüm için atıklar belirlenmelidir.**	
00	01	08	04	02		**Uygun atık kutuları kullanılmalıdır.**	

ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ

Revizyon	Dikey Boyut	Bölüm No	Standart No	Değerlendirme Ölçütü	Yatay Boyut	STANDARTLAR	Puan
00	02	02				ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ	380
00	02	02	01	00		Acil sağlık hizmetlerinin sunulduğu alanlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10
00	02	02	01	01		Hastane dışında acil servise ulaşımı kolaylaştırıcı yönlendirici işaretler bulunmalıdır.	
00	02	02	01	02		Acil servis giriş tabelası, hastane dışından görülebilir şekilde olmalıdır.	
00	02	02	01	03		Acil servis girişi diğer girişlerden bağımsız olmalı, ambulans ve diğer araçların kolay ulaşımını sağlayacak bir düzenleme yapılmalıdır.	
00	02	02	01	04		Acil servis girişinin üstü kapalı ve aydınlatılmış olmalıdır.	
00	02	02	01	05		Acil serviste 24 saat boyunca güvenlik personeli bulundurulmalıdır.	
00	02	02	01	06		Resüsitasyon için ayrı bir oda oluşturulmalıdır.	
00	02	02	01	07		Hasta izlemlerinin yapılabileceği monitorize bir alan bulunmalıdır.	
00	02	02	02	00		Hasta kayıt işlemlerinin yapıldığı birime yönelik düzenleme bulunmalıdır.	10
00	02	02	02	01		Hasta kayıt işlemlerinin yapıldığı birim bulunmalıdır.	
00	02	02	02	02		Bu birimde, bölümde hizmet veren hekimlerin listesi bulunmalıdır.	
00	02	02	02	03		Birim çalışanlarına eğitim verilmelidir. Eğitim programında; o Hasta memnuniyeti, o Hasta hakları, o İletişim becerileri bulunmalıdır.	
00	02	02	02	04		Birim çalışanlarına her dönem en az bir kez eğitim verilmelidir.	
00	02	02	03	00		Karşılama, danışma ve yönlendirme hizmeti verilmelidir.	15
00	02	02	03	01		Karşılama, danışma ve yönlendirme hizmeti sunan birim bulunmalıdır.	
00	02	02	03	02		Bu birimde; hastane bilgi rehberi, tanıtıcı broşür, telefon ve bilgisayar bulunmalıdır.	

00	02	02	03	03		**Bu birimde çalışanlar, diğer hastane çalışanlarından ayırt edilebilecek kıyafet giymelidir.**	
00	02	02	03	04		**Bu birimde çalışanlara eğitim verilmelidir. Eğitim programında;** o Hasta memnuniyeti, o Hasta hakları, o İletişim becerileri bulunmalıdır.	
00	02	02	03	05		**Bu birimde çalışanlara her dönem en az bir kez eğitim verilmelidir.**	
00	**02**	**02**	**04**	**00**		**Acil servis işleyişine yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır.**	**5**
00	02	02	04	01		**Yazılı düzenleme;** o Triaj uygulaması, o Hasta kabulü, o Hasta müşahade süreci, o Konsültan hekim çağırılması, o Görüntüleme ve laboratuvar hizmetlerine yönelik süreci, o Hastaların yatışı, o Nöbet süreci, o Hastaların hastane dışına sevk edilmesi konularını kapsamalıdır.	
00	**02**	**02**	**05**	**00**		**Ekipmana yönelik düzenleme bulunmalıdır.**	**10**
00	02	02	05	01		**Acil serviste sedye ve tekerlekli sandalyeler bulunmalıdır.**	
00	02	02	05	02		**Acil serviste boyunluk ve travma tahtası bulunmalı,** o Her boyda (küçük, orta, büyük) en az üç tane boyunluk ve en az üç tane travma tahtası bulunmalıdır.	
00	**02**	**02**	**06**	**00**		**Gözlem odalarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**10**
00	02	02	06	01		**Her yatağın başında tıbbi gaz sistemine bağlı hasta başı paneli bulunmalı,** o Hasta başı panelinin bulunmadığı durumlarda her iki yatağa bir mobil oksijen tüpü ve vakum cihazı bulunmalıdır.	
00	02	02	06	02		**Yatak başı bağlantılı hemşire çağrı sistemi bulunmalıdır.**	
00	02	02	06	03		**Gözlem odaları hastaların sürekli gözetim ve izlenmesine uygun olarak düzenlenmelidir.**	
00	**02**	**02**	**07**	**00**		**Çalışanlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**10**
00	02	02	07	01		**Çalışanlar için dinlenme odası bulunmalıdır.**	
00	02	02	07	02		**Çalışanlar için giyinme dolapları bulunmalıdır.**	

00	02	02	07	03		Sağlık çalışanlarına yılda en az bir kez KPR (Kardio Pulmoner Resüsitasyon) eğitimi verilmelidir.	
00	02	02	07	04		Acil serviste göreve yeni başlayan çalışana KPR eğitimi verilmelidir.	
00	**02**	**02**	**08**	**00**		**Çalışanların iletişim bilgileri bulunmalıdır.**	**10**
00	02	02	08	01		Acil servis çalışanlarının iletişim bilgileri bulunmalıdır.	
00	02	02	08	02		Uzman hekimlerin iletişim bilgileri bulunmalıdır.	
00	02	02	08	03		Hastane afet planı ve planda görevli çalışanların iletişim bilgileri bulunmalıdır.	
00	**02**	**02**	**09**	**00**		**Sosyal güvencesi olmayan hastalara yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**10**
00	02	02	09	01		Sosyal güvencesi olmayan hastaların; o Muayene, o Tanı, o Tedavi, o Bakımı sağlanmalıdır.	
00	**02**	**02**	**10**	**00**		**Sevk edilen hastalar için düzenleme yapılmalıdır.**	**10**
00	02	02	10	01		Acil serviste gerçekleştirilen tıbbi müdahaleleri içeren kayıtların bir nüshası hasta ile birlikte nakledilmelidir.	
00	**02**	**02**	**11**	**00**		**Zehirlenme vakalarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**10**
00	02	02	11	01		Tüm Zehirlenme vakaları Ulusal Zehir Merkezi kılavuzuna göre takip edilmelidir.	
00	02	02	11	02		Tüm vakalar Ulusal Zehir Merkezine bildirilmelidir.	
00	**01**	**01**	**09**	**00**		**İlaç ve kit muhafaza edilen buzdolaplarının sıcaklık takipleri yapılmalıdır.**	**10**
00	01	01	09	01		Buzdolaplarının içinde bulunan malzemelere göre sıcaklık takibi yapılmalıdır.	
00	**01**	**01**	**10**	**00**		**Hasta Başı Test Cihazlarının (HBTC) kullanımı düzenlenmelidir.**	**15**
00	01	01	10	01		HBTC'nin kullanıldığı bölümlerde sorumlular belirlenmelidir.	
00	01	01	10	02		HBTC'nin envanteri tutulmalıdır.	
00	01	01	10	03		HBTC'nin bakımı ve temizliği yapılmalıdır.	
00	01	01	10	04		HBTC için kalibrasyon ve kalite kontrol testleri çalışılmalı ve kayıt altına alınmalı, o Kalite kontrol sonuçlarında uygunsuzluk tespit edilmesi halinde düzeltici önleyici faaliyet başlatılmalıdır.	

00	01	01	10	05		**HBTC'yi kullanacak çalışanlara;** o Çalışılacak testlerin preanalitik, analitik ve postanalitik evrelerinde dikkat edilmesi gereken hususlar, o Kalibrasyon ve kalite kontrol sonuçlarının değerlendirilmesi, o Cihazın temizliği ve bakımı hakkında eğitim verilmelidir.	
00	01	01	10	06		**HBTC'de çalışılmış olan tüm test sonuçları, hasta dosyasına kayıt edilmelidir.**	
00	**01**	**01**	**12**	**00**		**Hastalara hizmet verilen alanlar iletişime açık bir şekilde düzenlenmelidir.**	**15**
00	01	01	12	01		**Sonuç alma, numune kabul, kayıt, halkla ilişkiler hizmet noktalarında hasta ve çalışan arasında fiziksel bariyer (camekân, pencere, demir parmaklık, yükseklik) bulunmamalıdır.**	
00	**01**	**01**	**21**	**00**	**H**	**Hasta kimliğinin doğrulanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**	**20**
00	01	01	21	01	H	**Yatışı yapılan her hastada beyaz renkli kimlik tanımlayıcı kullanılmalıdır.** o Alerjik hastalarda ise sadece kırmızı renkli kimlik tanımlayıcı kullanılmalı, o Hasta kimlik tanımlayıcı barkotlu olmalı, o Kimlik tanımlayıcıda; protokol numarası, hasta adı-soyadı, doğum tarihi (gün/ay/yıl) bilgileri yer almalı,	
00	01	01	21	02	H	**Tanı ve tedavi için yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanmalıdır.**	
00	01	01	21	03	H	**Sağlık çalışanları, hasta kimlik tanımlayıcıların kullanımı ve hasta kimliğinin doğrulanması konusunda eğitilmelidir.**	
00	**01**	**01**	**24**	**00**	**H**	**İlaçların güvenli uygulanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	24	02	H	**Tedavi planı hekim tarafından yazılmalı, kaşelenmeli ve imzalanmalı,** o Tedavi planı; ilacın tam adını, uygulama zamanını ve dozunu, uygulama şeklini ve veriliş süresini içermelidir.	
00	01	01	24	03	H	**Hemşire hekimin tedavi planını hemşire gözlem formuna kaydetmelidir.**	
00	01	01	24	04	H	**Tedavi sürecindeki ilaçlar hastaya hemşire tarafından uygulanmalı,** o Stajyerlerin ilaç uygulamaları da hemşire gözetiminde olmalıdır.	
00	**01**	**01**	**25**	**00**	**H**	**İlaçların karışmasını engellemeye yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	25	01	H	**İlaç isimleri kısaltılarak yazılmamalıdır.**	

00	01	01	25	02	H	Yazılışı, okunuşu, ambalajı birbirine benzeyen ilaçların listeleri hazırlanmalı, o Listeler kullanım alanında bulunmalıdır.	
00	01	01	25	03	H	Yazılışı, okunuşu, ambalajı birbirine benzeyen ilaçların dolaplardaki yerleşimi ayrı raflarda yapılmalıdır.	
00	**01**	**01**	**26**	**00**	**H**	**Pediatrik dozda kullanılacak ilaçlara yönelik tedbirler alınmalıdır.**	**15**
00	01	01	26	01	H	Pediatrik dozdaki ilaçların listeleri ilgili bölümlerde bulunmalıdır.	
00	01	01	26	02	H	Pediatrik dozdaki ilaçların dolaplardaki yerleşimi diğer ilaçlardan ayrı raflarda yapılmalıdır.	
00	01	01	26	03	H	Acil kullanılabilecek pediatrik ilaçların kilograma göre dozları listelenmeli, o Listeler ilgili bölümde bulunmalıdır.	
00	**01**	**01**	**27**	**00**		**Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**10**
00	01	01	27	01		Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçlar kilitli alanlarda bulundurulmalıdır.	
00	01	01	27	02		Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçların devir teslimi yapılmalıdır. Devir teslim kayıtlarında; o İlacın hangi hastaya kaç adet kullanıldığı, o İlacın kullanıldığı tarih, o İlacı kimin uyguladığı, o Kime kaç adet ilaç teslim edildiği,	
00	01	01	27	03		Teslim alan ve teslim edenlerin imzaları kayıt edilmelidir	
00	**01**	**01**	**28**	**00**		**Advers Etki Bildirimi ile ilgili düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	28	03		Ciddi ve beklenmeyen advers etkiler farmakovijilans sorumlusuna bildirilmelidir.	
00	**01**	**01**	**36**	**00**		**Hastanın güvenli transferi sağlanmalıdır.**	**15**
00	**01**	**01**	**45**	**00**	**Ç**	**Çalışanlar tarafından kişisel koruyucu ekipman kullanılmalıdır.**	**15**
00	01	01	45	01	Ç	Bölüm bazında kullanılması gereken kişisel koruyucu ekipman belirlenmelidir.	
00	01	01	45	02	Ç	Kişisel koruyucu ekipman çalışma alanlarında ulaşılabilir olmalıdır.	
00	01	01	45	03	Ç	Kişisel koruyucu ekipman kullanımı konusunda çalışanlara eğitim verilmelidir.	
00	**01**	**01**	**51**	**00**		**Acil müdahale seti bulunmalıdır.**	**15**
00	01	01	51	01		Sağlık hizmeti sunum alanlarında acil müdahale seti bulunmalıdır.	

00	01	01	51	02		Bölümler acil müdahale setinde bulunması gereken ilaç, malzeme ve cihazları belirlemelidir.	
00	01	01	51	03		İlaç ve malzemelerin minimum ve maksimum stok seviyeleri belirlenmelidir.	
00	01	01	51	04		Minimum ve maksimum stok seviyeleri takip edilmelidir.	
00	01	01	51	05		İlaç ve malzemelerin miat takibi yapılmalıdır.	
00	**01**	**01**	**52**	**00**	**H**	**Tıbbi cihazların yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	52	02	H	Tıbbi cihazların bölüm bazında envanteri bulunmalıdır.	
00	01	01	52	03	H	Tıbbi cihazların bakım, onarım, ölçme, ayar ve kalibrasyonlarına yönelik plan bulunmalı, o Plan dahilinde cihazların ölçme, ayar ve kalibrasyonları yapılmalıdır.	
00	01	01	52	04	H	Kalibrasyonu yapılan cihazların kalibrasyon etiketi bulunmalıdır. Etikette; o Kalibrasyonu yapan firmanın adı, o Kalibrasyon tarihi, o Geçerlilik süresi, o Sertifika numarası bulunmalıdır.	
00	**01**	**01**	**53**	**00**		**Hastanenin temizliğine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	53	01		Bölüm bazında temizlik planı bulunmalıdır.	
00	01	01	53	02		Risk düzeylerine göre temizlik kuralları belirlenmelidir.	
00	01	01	53	03		Temizlik malzemeleri ve malzemelerin kullanımı ile ilgili kurallar belirlenmelidir.	
00	01	01	53	04		Tüm kapalı ve açık alanların temizlikleri kontrol edilmelidir. o Kontrol aralıkları, o Kontrol sorumluları belirlenmelidir.	
00	**01**	**01**	**55**	**00**		**Kişisel temizlik alanlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	55	01		Kişisel temizlik alanlarının kapıları dışarı doğru açılmalıdır.	
00	01	01	55	02		Kişisel temizlik alanlarının temizliği sağlanmalıdır.	
00	01	01	55	03		Kişisel temizlik alanlarında temizlik malzemeleri bulundurulmalı, o Sıvı sabun, kâğıt havlu, tuvalet kâğıdı ve poşetli çöp kutusu bulundurulmalıdır.	
00	01	01	55	04		Sıvı sabun kaplarının üstüne ekleme yapılmamalı, o Boşalan sabunluk yıkanıp iyice kurutulduktan sonra tekrar doldurulmalıdır.	

00	**01**	**01**	**64**	**00**		**Hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik düzenlemeler bulunmalıdır.**	**10**
00	**01**	**01**	**66**	**00**		**Hasta yatakları kullanıma hazır olmalıdır.**	**10**
00	01	01	66	01		Çarşaf, nevresim ve yastık kılıfları temiz ve ütülü olmalıdır.	
00	01	01	66	02		Çarşaf, nevresim ve yastık kılıfı her gün ve gerektiğinde değiştirilmelidir.	
00	**01**	**03**	**06**	**00**		**El hijyenini sağlamaya yönelik malzeme bulunmalıdır.**	**15**
00	01	03	06	01		Sağlık hizmeti sunulan alanlarda alkol bazlı el antiseptikleri bulunmalıdır.	
00	01	03	06	02		Her yatak başında alkol bazlı el antiseptik solüsyonları bulunmalıdır.	
00	**01**	**08**	**04**	**00**		**Atıkların kaynağında ayrıştırılmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	08	04	01		Her bölüm için atıklar belirlenmelidir.	
00	01	08	04	02		Uygun atık kutuları kullanılmalıdır.	

BİYOKİMYA LABORATUVAR HİZMETLERİ

Revizyon	Dikey Boyut	Bölüm No	Standart No	Değerlendirme Ölçütü	Yatay Boyut	STANDARTLAR	Puan
00	02	03				**BİYOKİMYA LABORATUVAR HİZMETLERİ**	255
00	**02**	**03**	**01**	**00**		**Laboratuvarda çalışılan tüm testleri içeren test rehberi bulunmalıdır.**	**10**
00	02	03	01	01		**Test rehberi;** o Örneklerin çalışılma zamanını, o Örnek türünü, o Ön hazırlık işlemi gerektiren testlere ait bilgiyi, o Örnek alımı ile ilgili kuralları, o Örnek kabul ve ret kriterlerini, o Örneklerin uygun şekilde alınması ve uygun şekilde transferini (uygun ısı, süre, taşıma kabı vs. belirtilerek), o Örnek kaplarının uygun şekilde etiketlenmesini, o Sonuç verme sürelerini içermelidir.	
00	02	03	01	02		**Test rehberi sağlık hizmeti sunulan bölümlerde bulunmalıdır.**	
00	**02**	**03**	**02**	**00**		**Örneklerin alınması ve transferine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	02	03	02	01		**Örneklerin alındığı tarih ve saat HBYS'de bulunmalıdır.**	
00	02	03	02	02		**İlgili çalışanlara, örnek alımı ve transferi konusunda eğitim verilmelidir.**	
00	**02**	**03**	**03**	**00**		**Örneklerin laboratuvara kabulüne yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	02	03	03	01		**Örnek kabul birimi bulunmalıdır.**	
00	02	03	03	02		**Örnekler örnek kabul birimine teslim edilmeli,** o Örnekleri gönderen bölüm, o Örneklerin teslim tarih ve saati HBYS'de bulunmalıdır.	
00	02	03	03	03		**Örnekler kabul ve ret kriterlerine göre değerlendirilmelidir.**	
00	02	03	03	04		**Reddedilen örneklere ilişkin;** o Reddedilme nedenleri ve reddeden kişiye ait bilgiler HBYS'de yer almalı, o Reddedilme nedenleri aylık olarak analiz edilmeli, o Gerektiğinde düzeltici ve önleyici faaliyet başlatılmalıdır.	

00	02	03	03	05		**Örneklerin laboratuvara kabul edildiği tarih ve saat HBYS'de bulunmalıdır.**	
00	**02**	**03**	**04**	**00**		**Testlerin çalışılma sürecine yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır.**	**5**
00	02	03	04	01		**Yazılı düzenleme,** o Testlerin çalışılmasını, o Kalite kontrol çalışmalarını, o Sonuçların onaylanmasını kapsamalıdır.	
00	**02**	**03**	**05**	**00**		**Laboratuvarda bulunan cihazlar için düzenleme yapılmalıdır.**	**10**
00	02	03	05	01		**Laboratuvarda bulunan tıbbi cihazlar için envanter oluşturulmalıdır. Bu envanterde;** o Cihazın adı, o Markası, o Modeli, o Üretim tarihi, o Seri numarası, o Temsilci firma, o Hizmete giriş tarihi bulunmalıdır.	
00	02	03	05	02		**Laboratuvarda bulunan her cihaz için dosya oluşturulmalıdır. Bu dosyada;** o Kullanım kılavuzu veya CD'si, o Varsa test veya cihaza ait kalibrasyon kayıtları veya sertifikaları, o Varsa kalite kontrol sonuçları, o Cihaz bakım formları (Günlük, haftalık, aylık vb), o Arıza bildirim formları, o Firma iletişim bilgileri, o Kullanıcı eğitim sertifikaları bulunmalıdır.	
00	**02**	**03**	**06**	**00**	**H**	**Testlerin iç kalite kontrol testleri çalışılmalıdır.**	**15**
00	02	03	06	01	H	**Testlerin iç kalite kontrol testi çalışılmalı,** o Normal, varsa düşük ve yüksek patolojik kontrol serumları çalışılmalıdır.	
00	02	03	06	02	H	**İç kalite kontrol test sonuçları değerlendirilmeli,** o Gerektiğinde düzeltici ve önleyici faaliyet başlatılmalıdır.	
00	**02**	**03**	**07**	**00**	**H**	**Testlerin dış kalite kontrol testleri çalışılmalıdır.**	**15**
00	02	03	07	01	H	**Dahil olunan dış kalite kontrol programında belirlenen periyotlarda dış kalite kontrol testleri çalışılmalıdır.**	

00	02	03	07	02	H	**Dış kalite kontrol test raporları değerlendirilmeli,** o Gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyet başlatılmalıdır.	
00	**02**	**03**	**08**	**00**	**H**	**Panik değer bildirim sürecine yönelik düzenleme bulunmalıdır.**	**15**
00	02	03	08	01	H	**Panik değerler belirlenmelidir.**	
00	02	03	08	02	H	**Panik değerler HBYS üzerinde tanımlanmalıdır.**	
00	02	03	08	03	H	**Panik değer tespiti durumunda HBYS üzerinde çalışanı uyarıcı sistem bulunmalıdır.**	
00	02	03	08	04	H	**Panik değer sonuçları bildirilmeli,** o Bildirimlerde; bildirimi yapan kişi, bildirim yapılan kişi, panik değer sonucu, bildirimin yapıldığı tarih ve saat kayıt edilmelidir.	
00	02	03	08	05	H	**Laboratuvar çalışanlarına panik değerler ve panik değer bildirimi ile ilgili eğitim verilmelidir.**	
00	**02**	**03**	**09**	**00**		**Laboratuvar süreçlerine yönelik performans değerlendirmesi yapılmalıdır.**	**15**
00	02	03	09	01		**Preanalitik, analitik ve postanalitik süreçler ile ilgili aylık değerlendirme yapılmalıdır.**	
00	02	03	09	02		**Değerlendirme sonuçlarına göre gerekli düzeltici önleyici faaliyetler başlatılmalıdır.**	
00	**02**	**03**	**10**	**00**		**Hasta sonuç raporlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**10**
00	02	03	10	01		**Hasta sonuç raporlarında;** o Örneğin alındığı, o Örneğin laboratuvara kabul edildiği, o Sonucun onaylandığı tarih ve saat yer almalıdır.	
00	02	03	10	02		**Rutin ve acil testler için sonuç verme süreleri belirlenmelidir.**	
00	02	03	10	03		**Hasta ve ilgili çalışanlar sonuç verme süreleri hakkında bilgilendirilmelidir.**	
00	**02**	**03**	**11**	**00**		**Laboratuvar güvenliğini sağlamaya yönelik düzenleme bulunmalıdır.**	**10**
00	02	03	11	01		**Laboratuvar güvenlik rehberi hazırlanmalıdır. Bu rehber asgari;** o Laboratuvar çalışanlarının uyması gereken kuralları, o Kullanılan kimyasal maddelere karşı alınması gereken tedbirleri, o Yangına karşı alınması gereken tedbirleri, o Elektrik güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirleri, o Giriş ve çıkışlara ilişkin kuralları, o Temizlik, dezenfeksiyon, sterilizasyon kurallarını kapsamalıdır.	

00	**02**	**03**	**12**	**00**		**Laboratuvarda sıcaklık ve nem takipleri yapılmalıdır.**	**10**
00	02	03	12	01		**Laboratuvarda sıcaklık takibi gerektiren cihazların sıcaklık takibi yapılmalı,** o Etüv, derin dondurucu, su banyosu ve buzdolaplarının sıcaklık takipleri yapılmalıdır.	
00	02	03	12	02		**Laboratuvar ortamının sıcaklık ve nem takibi yapılmalıdır.**	
00	**02**	**03**	**13**	**00**		**Hastane dışında yapılan testlere yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**10**
00	02	03	13	01		**Hastane dışında yapılan testlere yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır. Yazılı düzenleme;** o İstemin yapılması ve örneğin laboratuvara ulaştırılmasını, o Sonuç raporlarının hastaneye ulaştırılmasını, o Raporların hastaneye ulaştırılma sürelerini kapsamalıdır.	
00	02	03	13	02		**Testlerin çalışıldığı laboratuvar, hizmet kalite standartlarının karşılanma durumu açısından değerlendirilmelidir.** o Biyokimya Laboratuvarı Hizmet Kalite Standartlarından; 01, 02, 03, 06, 07, 08, 10 Standart numaralı maddelerin uygunluğu açısından hizmet sunan kurum yılda en az 2 kez hastane tarafından değerlendirilmelidir.	
00	02	03	13	03		**Hasta sonuç raporunda testlerin çalışıldığı kurumun adı ve hastane adı bulunmalıdır.**	
00	**01**	**01**	**09**	**00**		**İlaç ve kitlerin muhafaza edildiği buzdolaplarının sıcaklık takipleri yapılmalıdır.**	**10**
00	01	01	09	01		**Buzdolaplarının içinde bulunan malzemelere göre sıcaklık takibi yapılmalıdır.**	
00	**01**	**01**	**12**	**00**		**Hastalara hizmet verilen alanlar iletişime açık bir şekilde düzenlenmelidir.**	**15**
00	01	01	12	01		**Sonuç alma, numune kabul, kayıt, halkla ilişkiler hizmet noktalarında hasta ve çalışan arasında fiziksel bariyer (camekân, pencere, demir parmaklık, yükseklik) bulunmamalıdır.**	
00	**01**	**01**	**45**	**00**	**Ç**	**Çalışanlar tarafından kişisel koruyucu ekipman kullanılmalıdır.**	**15**
00	01	01	45	01	Ç	**Bölüm bazında kullanılması gereken kişisel koruyucu ekipman belirlenmelidir.**	
00	01	01	45	02	Ç	**Kişisel koruyucu ekipman çalışma alanlarında ulaşılabilir olmalıdır.**	
00	01	01	45	03	Ç	**Kişisel koruyucu ekipman kullanımı konusunda çalışanlara eğitim verilmelidir.**	

00	**01**	**01**	**52**	**00**	**H**	**Tıbbi cihazların yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	52	02	H	**Tıbbi cihazların bölüm bazında envanteri bulunmalıdır.**	
00	01	01	52	03	H	**Tıbbi cihazların bakım, onarım, ölçme, ayar ve kalibrasyonlarına yönelik plan bulunmalı,** o Plan dahilinde cihazların ölçme, ayar ve kalibrasyonları yapılmalıdır.	
00	01	01	52	04	H	**Kalibrasyonu yapılan cihazların kalibrasyon etiketi bulunmalıdır. Etikette;** o Kalibrasyonu yapan firmanın adı, o Kalibrasyon tarihi, o Geçerlilik süresi, o Sertifika numarası bulunmalıdır.	
00	**01**	**01**	**53**	**00**		**Hastanenin temizliğine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	53	01		**Bölüm bazında temizlik planı bulunmalıdır.**	
00	01	01	53	02		**Risk düzeylerine göre temizlik kuralları belirlenmelidir.**	
00	01	01	53	03		**Temizlik malzemeleri ve malzemelerin kullanımı ile ilgili kurallar belirlenmelidir.**	
00	01	01	53	04		**Tüm kapalı ve açık alanların temizlikleri kontrol edilmelidir.** o Kontrol aralıkları, o Kontrol sorumluları belirlenmelidir.	
00	**01**	**01**	**55**	**00**		**Kişisel temizlik alanlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	55	01		**Kişisel temizlik alanlarının kapıları dışarı doğru açılmalıdır.**	
00	01	01	55	02		**Kişisel temizlik alanlarının temizliği sağlanmalıdır.**	
00	01	01	55	03		**Kişisel temizlik alanlarında temizlik malzemeleri bulundurulmalı,** o Sıvı sabun, kâğıt havlu, tuvalet kâğıdı ve poşetli çöp kutusu bulundurulmalıdır.	
00	01	01	55	04		**Sıvı sabun kaplarının üstüne ekleme yapılmamalı,** o Boşalan sabunluk yıkanıp iyice kurutulduktan sonra tekrar doldurulmalıdır.	
00	**01**	**08**	**04**	**00**		**Atıkların kaynağında ayrıştırılmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	08	04	01		**Her bölüm için atıklar belirlenmelidir.**	
00	01	08	04	02		**Uygun atık kutuları kullanılmalıdır.**	

MİKROBİYOLOJİ LABORATUVAR HİZMETLERİ

Revizyon	Dikey Boyut	Bölüm No	Standart No	Değerlendirme Ölçütü	Yatay Boyut	STANDARTLAR	Puan
00	02	04				**MİKROBİYOLOJİ LABORATUVAR HİZMETLERİ**	310
00	**02**	**04**	**01**	**00**		**Laboratuvarda çalışılan tüm testleri içeren test rehberi bulunmalıdır.**	**10**
00	02	04	01	01		**Test rehberi;** o Örneklerin çalışılma zamanını, o Örnek türünü, o Ön hazırlık işlemi gerektiren testlere ait bilgiyi, o Örnek alımı ile ilgili kuralları, o Örnek kabul ve ret kriterlerini, o Örneklerin uygun şekilde alınması ve uygun şekilde transferini (uygun ısı, süre, taşıma kabı vs. belirtilerek), o Örnek kaplarının uygun şekilde etiketlenmesini, o Sonuç verme sürelerini içermelidir.	
00	02	04	01	02		**Test rehberi sağlık hizmeti sunulan bölümlerde bulunmalıdır.**	
00	**02**	**04**	**02**	**00**		**Örneklerin alınması ve transferine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	02	04	02	01		**Örneklerin alındığı tarih ve saat HBYS'de bulunmalıdır.**	
00	02	04	02	02		**İlgili çalışanlara, örnek alımı ve transferi konusunda eğitim verilmelidir.**	
00	**02**	**04**	**03**	**00**		**Örneklerin laboratuvara kabulüne yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	02	04	03	01		**Örnek kabul birimi bulunmalıdır.**	
00	02	04	03	02		**Örnekler örnek kabul birimine teslim edilmeli,** o Örnekleri gönderen bölüm, o Örneklerin teslim tarih ve saati HBYS'de bulunmalıdır.	
00	02	04	03	03		**Örnekler kabul ve ret kriterlerine göre değerlendirilmelidir.**	
00	02	04	03	04		**Reddedilen örneklere ilişkin;** o Reddedilme nedenleri ve reddeden kişiye ait bilgiler HBYS'de yer almalı, o Reddedilme nedenleri aylık olarak analiz edilmeli, o Gerektiğinde düzeltici ve önleyici faaliyet başlatılmalıdır.	

00	02	04	03	05		**Örneklerin laboratuvara kabul edildiği tarih ve saat HBYS'de bulunmalıdır.**	
00	**02**	**04**	**04**	**00**		**Testlerin çalışılma sürecine yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır.**	**5**
00	02	04	04	01		**Yazılı düzenleme,** o Testlerin çalışılmasını, o Kalite kontrol çalışmalarını, o Sonuçların onaylanmasını kapsamalıdır.	
00	**02**	**04**	**05**	**00**		**Laboratuvarda bulunan cihazlar için düzenleme yapılmalıdır.**	**10**
00	02	04	05	01		**Laboratuvarda bulunan tıbbi cihazlar için envanter oluşturulmalıdır. Bu envanterde;** o Cihazın adı, o Markası, o Modeli, o Üretim tarihi, o Seri numarası, o Temsilci firma, o Hizmete giriş tarihi bulunmalıdır.	
00	02	04	05	02		**Laboratuvarda bulunan her cihaz için dosya oluşturulmalıdır. Bu dosyada;** o Kullanım kılavuzu veya CD'si, o Varsa test veya cihaza ait kalibrasyon kayıtları veya sertifikaları, o Varsa kalite kontrol sonuçları, o Cihaz bakım formları (Günlük, haftalık, aylık vb), o Arıza bildirim formları, o Firma iletişim bilgileri, o Kullanıcı eğitim sertifikaları bulunmalıdır.	
00	**02**	**04**	**06**	**00**	**H**	**Testlerin iç kalite kontrol testleri çalışılmalıdır.**	**15**
00	02	04	06	01	H	**Testlerin iç kalite kontrol testi çalışılmalı,** o Normal, varsa düşük ve yüksek patolojik kontrol serumları çalışılmalıdır.	
00	02	04	06	02	H	**İç kalite kontrol test sonuçları değerlendirilmeli,** o Gerektiğinde düzeltici ve önleyici faaliyet başlatılmalıdır.	
00	**02**	**04**	**07**	**00**	**H**	**Testlerin dış kalite kontrol testleri çalışılmalıdır.**	**15**
00	02	04	07	01	H	**Dahil olunan dış kalite kontrol programında belirlenen periyotlarda dış kalite kontrol testleri çalışılmalıdır.**	

00	02	04	07	02	H	**Dış kalite kontrol test raporları değerlendirilmeli,** o Gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyet başlatılmalıdır.	
00	**02**	**04**	**08**	**00**	**H**	**Panik değer bildirim sürecine yönelik düzenleme bulunmalıdır.**	**15**
00	02	04	08	01	H	**Panik değerler belirlenmelidir.**	
00	02	04	08	02	H	**Panik değerler HBYS üzerinde tanımlanmalıdır.**	
00	02	04	08	03	H	**Panik değer tespiti durumunda HBYS üzerinde çalışanı uyarıcı sistem bulunmalıdır.**	
00	02	04	08	04	H	**Panik değer sonuçları bildirilmeli,** o Bildirimlerde; bildirimi yapan kişi, bildirim yapılan kişi, panik değer sonucu, bildirimin yapıldığı tarih ve saat kayıt edilmelidir.	
00	02	04	08	05	H	**Laboratuvar çalışanlarına panik değerler ve panik değer bildirimi ile ilgili eğitim verilmelidir.**	
00	**02**	**04**	**09**	**00**		**Laboratuvar süreçlerine yönelik performans değerlendirmesi yapılmalıdır.**	**15**
00	02	04	09	01		**Preanalitik, analitik ve postanalitik süreçler ile ilgili aylık değerlendirme yapılmalıdır.**	
00	02	04	09	02		**Değerlendirme sonuçlarına göre gerekli düzeltici önleyici faaliyetler başlatılmalıdır.**	
00	**02**	**04**	**10**	**00**		**Hasta sonuç raporlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**10**
00	02	04	10	01		**Hasta sonuç raporlarında;** o Örneğin alındığı, o Örneğin laboratuvara kabul edildiği, o Sonucun onaylandığı tarih ve saat yer almalıdır.	
00	02	04	10	02		**Rutin ve acil testler için sonuç verme süreleri belirlenmelidir.**	
00	02	04	10	03		**Hasta ve ilgili çalışanlar sonuç verme süreleri hakkında bilgilendirilmelidir.**	
00	**02**	**04**	**11**	**00**	**H**	**Antibiyotik duyarlılık test sonuçlarının kısıtlı bildirimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	02	04	11	01	H	**Kısıtlı bildirim uygulaması yapılacak antibiyotikler belirlenmelidir.**	
00	02	04	11	02	H	**Çalışılan tüm antibiyotik duyarlılık test sonuçları HBYS üzerinde kayıt edilmelidir.**	
00	02	04	11	03	H	**Hasta sonuç raporu kısıtlı bildirim uygulamasına göre hazırlanmalıdır.**	
00	02	04	11	04	H	**Bildirimi kısıtlanan antibiyotik duyarlılık test sonuçlarına kimler tarafından ulaşılabileceği belirlenmelidir.**	

00	02	04	11	05	H	**Hangi durumlarda kısıtlı bildirim uygulamasının kaldırılacağı belirlenmelidir.**	
00	**02**	**04**	**12**	**00**		**Antibiyotik diskleri uygun sıcaklıkta saklanmalıdır.**	**10**
00	02	04	12	01		**Stoktaki diskler -20 ºC'de saklanmalıdır.**	
00	02	04	12	02		**Kullanımdaki diskler 4-8 ºC'de saklanmalıdır.**	
00	**02**	**04**	**13**	**00**		**Laboratuvar güvenliğini sağlamaya yönelik düzenleme bulunmalıdır.**	**10**
00	02	04	13	01		**Laboratuvar güvenlik rehberi hazırlanmalıdır. Bu rehber asgari;** o Laboratuvar çalışanlarının uyması gereken kuralları, o Kullanılan kimyasal maddelere karşı alınması gereken tedbirleri, o Yangına karşı alınması gereken tedbirleri, o Elektrik güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirleri, o Giriş ve çıkışlara ilişkin kuralları, o Temizlik, dezenfeksiyon, sterilizasyon kurallarını kapsamalıdır.	
00	**02**	**04**	**14**	**00**	**G**	**Mikrobiyoloji laboratuvarında kültür testlerinin güvenli çalışılmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	02	04	14	01	G	**Kültür testleri biyogüvenlik kabininde çalışılmalıdır.**	
00	02	04	14	02	G	**Biyogüvenlik kabinlerinin;** o Günlük temizlik, o Bakım, o Kalite kontrol ve performans testleri yapılmalıdır.	
00	**02**	**04**	**15**	**00**		**Kültür plaklarının dekontaminasyonuna yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	02	04	15	01		**Kültür plakları otoklav aracılığıyla dekontamine edildikten sonra atılmalıdır.**	
00	02	04	15	02		**Otoklavların;** o Temizliği, o İndikatör kontrolü, o Bakımı yapılmalıdır.	
00	**02**	**04**	**16**	**00**		**Laboratuvarda sıcaklık ve nem takipleri yapılmalıdır.**	**10**
00	02	04	16	01		**Laboratuvarda sıcaklık takibi gerektiren cihazların sıcaklık takibi yapılmalı,** o Etüv, derin dondurucu, su banyosu ve buzdolaplarının sıcaklık takipleri yapılmalıdır.	
00	02	04	16	02		**Laboratuvar ortamının sıcaklık ve nem takibi yapılmalıdır.**	

00	**02**	**04**	**17**	**00**		**Hastane dışında yapılan testlere yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**10**
00	02	04	17	01		**Hastane dışında yapılan testlere yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır. Yazılı düzenleme;** o İstemin yapılması ve örneğin laboratuvara ulaştırılmasını, o Sonuç raporlarının hastaneye ulaştırılmasını, o Raporların hastaneye ulaştırılma sürelerini kapsamalıdır.	
00	02	04	17	02		**Testlerin çalışıldığı laboratuvar, hizmet kalite standartlarının karşılanma durumu açısından değerlendirilmelidir.** o Mikrobiyoloji Laboratuvarı Hizmet Kalite Standartlarından; 01, 02, 03, 06, 07, 08, 10, 11, 12 standart numaralı maddelerin uygunluğu açısından hizmet sunan kurum yılda en az 2 kez hastane tarafından değerlendirilmelidir.	
00	02	04	17	03		**Hasta sonuç raporunda testlerin çalışıldığı kurumun adı ve hastane adı bulunmalıdır.**	
00	**01**	**01**	**09**	**00**		**İlaç ve kitlerin muhafaza edildiği buzdolaplarının sıcaklık takipleri yapılmalıdır.**	**10**
00	01	01	09	01		**Buzdolaplarının içinde bulunan malzemelere göre sıcaklık takibi yapılmalıdır.**	
00	**01**	**01**	**12**	**00**		**Hastalara hizmet verilen alanlar iletişime açık bir şekilde düzenlenmelidir.**	**15**
00	01	01	12	01		**Sonuç alma, numune kabul, kayıt, halkla ilişkiler hizmet noktalarında hasta ve çalışan arasında fiziksel bariyer (camekân, pencere, demir parmaklık, yükseklik) bulunmamalıdır.**	
00	**01**	**01**	**45**	**00**	**Ç**	**Çalışanlar tarafından kişisel koruyucu ekipman kullanılmalıdır.**	**15**
00	01	01	45	01	Ç	**Bölüm bazında kullanılması gereken kişisel koruyucu ekipman belirlenmelidir.**	
00	01	01	45	02	Ç	**Kişisel koruyucu ekipman çalışma alanlarında ulaşılabilir olmalıdır.**	
00	01	01	45	03	Ç	**Kişisel koruyucu ekipman kullanımı konusunda çalışanlara eğitim verilmelidir.**	
00	**01**	**01**	**52**	**00**	**H**	**Tıbbi cihazların yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	52	02	H	**Tıbbi cihazların bölüm bazında envanteri bulunmalıdır.**	
00	01	01	52	03	H	**Tıbbi cihazların bakım, onarım, ölçme, ayar ve kalibrasyonlarına yönelik plan bulunmalı,** o Plan dahilinde cihazların ölçme, ayar ve kalibrasyonları yapılmalıdır.	

00	01	01	52	04	H	**Kalibrasyonu yapılan cihazların kalibrasyon etiketi bulunmalıdır. Etikette;** o Kalibrasyonu yapan firmanın adı, o Kalibrasyon tarihi, o Geçerlilik süresi, o Sertifika numarası bulunmalıdır.	
00	**01**	**01**	**53**	**00**		**Hastanenin temizliğine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	53	01		**Bölüm bazında temizlik planı bulunmalıdır.**	
00	01	01	53	02		**Risk düzeylerine göre temizlik kuralları belirlenmelidir.**	
00	01	01	53	03		**Temizlik malzemeleri ve malzemelerin kullanımı ile ilgili kurallar belirlenmelidir.**	
00	01	01	53	04		**Tüm kapalı ve açık alanların temizlikleri kontrol edilmelidir.** o Kontrol aralıkları, o Kontrol sorumluları belirlenmelidir.	
00	**01**	**01**	**55**	**00**		**Kişisel temizlik alanlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	55	01		**Kişisel temizlik alanlarının kapıları dışarı doğru açılmalıdır.**	
00	01	01	55	02		**Kişisel temizlik alanlarının temizliği sağlanmalıdır.**	
00	01	01	55	03		**Kişisel temizlik alanlarında temizlik malzemeleri bulundurulmalı,** o Sıvı sabun, kâğıt havlu, tuvalet kâğıdı ve poşetli çöp kutusu bulundurulmalıdır.	
00	01	01	55	04		**Sıvı sabun kaplarının üstüne ekleme yapılmamalı,** o Boşalan sabunluk yıkanıp iyice kurutulduktan sonra tekrar doldurulmalıdır.	
00	**01**	**08**	**04**	**00**		**Atıkların kaynağında ayrıştırılmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	08	04	01		**Her bölüm için atıklar belirlenmelidir.**	
00	01	08	04	02		**Uygun atık kutuları kullanılmalıdır.**	

PATOLOJİ LABORATUVAR HİZMETLERİ

Revizyon	Dikey Boyut	Bölüm No	Standart No	Değerlendirme Ölçütü	Yatay Boyut	STANDARTLAR	Puan
00	02	05				**PATOLOJİ LABORATUVAR HİZMETLERİ**	280
00	**02**	**05**	**01**	**00**		**Laboratuvarda çalışılan tüm test ve uygulamaları içeren rehber hazırlanmalıdır.**	**10**
00	02	05	01	01		**Test ve uygulama rehberi;** o Örnek türünü, o Örnek kabul ve ret kriterlerini, o Örnek alımı ile ilgili kuralları, o Örneklerin uygun şekilde alınması ve uygun şekilde transferini (uygun ısı, süre, taşıma kabı vs. belirtilerek), o Örnek kaplarının uygun şekilde etiketlenmesini, o Ön hazırlık işlemi gerektiren testlere ait bilgiyi, o Örneklerin çalışma zamanını, o Sonuç verme sürelerini içermelidir.	
00	02	05	01	02		**Test rehberi hakkında ilgili çalışanlara eğitim verilmelidir.**	
00	**02**	**05**	**02**	**00**		**Patoloji tetkik istek formu hasta ile ilgili gerekli bilgileri içerecek şekilde düzenlenmelidir.**	**10**
00	02	05	02	01		**Tetkik istek formunda;** o Hastanın adı, soyadı, o Hastanın doğum tarihi, o Dosya numarası (ve/veya barkod numarası), o Sorumlu doktorun ismi, o Tanıya yardımcı; » Klinik öykü ve fizik muayene bulguları, » Laboratuvar sonuçları, » Ön tanı, » Önceki patoloji tanıları yer almalıdır.	

00	**02**	**05**	**03**	**00**		**Örneklerin etiketlenmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**10**
00	02	05	03	01		**Laboratuvarla ilgili tüm süreçlerde örnek aynı kod ile tanımlanmalıdır.**	
00	**02**	**05**	**04**	**00**		**Patoloji laboratuvarının işleyişine yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır.**	**5**
00	02	05	04	01		**Yazılı düzenleme;** o Makroskobik değerlendirmeyi, o Mikroskobik değerlendirmeyi, o Histokimyasal boyama yöntemlerini, o Sitolojik değerlendirmeyi, o Kalite kontrol çalışmalarını, o Patoloji raporlarının hazırlanmasını, o Panik tanı kriterleri ve bildirimini, o Sonuçların hastaya ve hekime ulaştırılmasını, o Blok, preparat ve raporların arşivlenmesini kapsamalıdır.	
00	**02**	**05**	**05**	**00**		**Laboratuvarda bulunan cihazlar için düzenleme yapılmalıdır.**	**10**
00	02	05	05	01		**Laboratuvarda bulunan tüm tıbbi cihazlar için envanter oluşturulmalıdır. Bu envanterde;** o Cihazın adı, o Markası, o Modeli, o Üretim tarihi, o Seri numarası, o Temsilci firmanın adı, o Hizmete giriş tarihi bulunmalıdır.	
00	02	05	05	02		**Laboratuvarda bulunan her cihaz için bir dosya oluşturulmalıdır. Bu dosyada;** o Kullanım kılavuzu veya CD'si o Varsa test veya cihaza ait kalibrasyon kayıtları veya sertifikaları, o Varsa kalite kontrol sonuçları, o Cihaz bakım formları (Günlük, haftalık, aylık vb), o Arıza bildirim formları, o Firma iletişim bilgileri, o Kullanıcı eğitim sertifikaları bulunmalıdır.	

00	**02**	**05**	**06**	**00**	**H**	**Özel teknikler ile çalışılan testlerin kalite kontrol çalışmaları yapılmalıdır.**	**15**
00	02	05	06	01	H	**Histokimyasal, immünohistokimyasal, immünflorasans, FISH ve moleküler patoloji testlerinde her çalışmada pozitif ve negatif kalite kontrol çalışması yapılmalıdır.**	
00	**02**	**05**	**07**	**00**		**İntraoperatif konsültasyon (frozen section) sürecine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**10**
00	02	05	07	01		**İntraoperatif konsültasyon süreci ile ilgili yazılı düzenleme hazırlanmalıdır. Yazılı düzenleme;** o Örneğin kabul ve ret kriterlerini, o Dondurma işlemini, o Kesme ve boyama ile ilgili işlemlerini, o Sonucun bildirilmesini kapsamalıdır.	
00	02	05	07	02		**Sonuç verme süreleri belirlenmeli,** o Sonuç verme süreleri değerlendirilmeli, o Gerektiğinde düzeltici ve önleyici faaliyet başlatılmalıdır.	
00	02	05	07	03		**İntraoperatif konsültasyon (frozen section) kesitleri saklanmalı,** o Preparat arşivinde frozen kesitler olguya ait kalıcı kesitler ile birlikte saklanmalıdır.	
00	**02**	**05**	**08**	**00**		**Bölüm içi ve bölüm dışı konsültasyonların uygulanmasına yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır.**	**5**
00	02	05	08	01		**Yazılı düzenleme;** o Konsültasyon istemini, o Dış konsültasyonda örneğin transferini, o Konsültasyon sonucunun rapora yazılmasını, o Konsültasyon sonucu gelince ek raporla sonucun hastaya ve/veya hekimine nasıl bildireceğini kapsamalıdır.	
00	**02**	**05**	**09**	**00**	**H**	**Panik tanı kriterlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	02	05	09	01	H	**Panik tanı kriterleri listesi oluşturulmalıdır.**	
00	02	05	09	02	H	**Panik tanı sonuçları bildirilmeli,** o Bildirimlerde; bildirimi yapan kişi, bildirim yapılan kişi, panik değer sonucu, bildirimin yapıldığı tarih ve saat kayıt edilmelidir.	
00	**02**	**05**	**10**	**00**		**Rapor hazırlanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**10**

00	02	05	10	01		**Raporda;** o Tanıya ulaşmada kullanılan yöntemlerin tümü, o Ön tanı ve patoloji tanısı, o Konsültasyon tanısı, o İntraoperatif konsültasyon (frozen section) tanısı yer almalıdır.	
00	**02**	**05**	**11**	**00**		**Arşivlemeye yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**10**
00	02	05	11	01		**Raporlar, bloklar, lamlar ve elektronik kayıtların tümü arşivlenmelidir.** o Bloklar en az 10 yıl, o Lamlar en az 20 yıl, o Raporlar süresiz, o Elektronik kayıtlar yedekleme ile birlikte süresiz saklanmalıdır.	
00	02	05	11	02		**Blok ve lamlar 18-23 ºC sıcaklıkta saklanmalıdır.**	
00	02	05	11	03		**Hastaya ait kalan dokular ve sıvılar raporlama tarihinden itibaren en az bir ay saklanmalıdır.**	
00	**02**	**05**	**12**	**00**		**Doku takip solüsyonları ve banyo suları belirlenmiş aralıklarla değiştirilmelidir.**	**10**
00	02	05	12	01		**Laboratuvarın yoğunluğuna göre doku takip solüsyonları düzenli aralıklar ile değiştirilmelidir.**	
00	02	05	12	02		**Banyoların günlük temizliği ve su değişimi yapılmalıdır.**	
00	**02**	**05**	**13**	**00**		**Laboratuvar süreçlerine yönelik performans değerlendirmesi yapılmalıdır.**	**15**
00	02	05	13	01		**Preanalitik, analitik ve postanalitik süreçler ile ilgili aylık değerlendirme yapılmalıdır.**	
00	02	05	13	02		**Değerlendirme sonuçlarına göre gerekli düzeltici önleyici faaliyetler başlatılmalıdır.**	
00	**02**	**05**	**14**	**00**		**Laboratuvarda sıcaklık ve nem takipleri yapılmalıdır.**	**10**
00	02	05	14	01		**Laboratuvarda sıcaklık takibi gerektiren cihazların sıcaklık takibi yapılmalı,** o Etüv, derin dondurucu, su banyosu, ve buzdolaplarının sıcaklık takipleri yapılmalıdır.	
00	02	05	14	02		**Laboratuvar ortamının sıcaklık ve nem takibi yapılmalıdır.**	
00	02	05	14	03		**Gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyetler başlatılmalıdır.**	

00	**02**	**05**	**15**	**00**		**Laboratuvar güvenliğini sağlamaya yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**10**
00	02	05	15	01		**Laboratuvar Güvenlik Rehberi hazırlanmalıdır. Bu rehber asgari;** o Laboratuvar çalışanlarının uyması gereken kuralları, o Kullanılan kimyasal maddelere karşı alınması gereken tedbirleri, o Yangına karşı alınması gereken tedbirleri, o Elektrik güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirleri kapsamalıdır.	
00	02	05	15	02		**Giriş ve çıkışlara ilişkin kurallar belirlenmeli ve uygulanmalıdır.**	
00	02	05	15	03		**Temizlik ve dezenfeksiyon kuralları belirlenmeli, uygulanmalı, ilgili çalışanlara eğitim verilmelidir.**	
00	02	05	15	04		**Laboratuvar çalışanlarına laboratuvar güvenliği ile ilgili eğitim verilmelidir.**	
00	**02**	**05**	**16**	**00**	**Ç**	**Laboratuvarda uçucu kimyasal maddelere karşı koruyucu önlemler alınmalıdır.**	**15**
00	02	05	16	01	Ç	**Makroskobik kabin kullanılmalıdır.**	
00	02	05	16	02	Ç	**Laboratuvarda uçucu kimyasal maddelerin arındırılmasına yönelik havalandırma sistemi bulunmalıdır.**	
00	02	05	16	03	Ç	**Laboratuvar havasının formaldehit ve ksilen düzeyleri ölçülmeli,** o Ölçüm solunum düzeyinde yapılmalı, o 8 saatlik solunan miktar değerlendirilmeli, o Ölçülen maddeye göre 15 veya 30 dakikalık maksimum solunan değer ölçülmelidir.	
00	**02**	**05**	**17**	**00**		**Hastane dışında yapılan testlere yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**10**
00	02	05	17	01		**Hastane dışında yapılan testlere yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır. Yazılı düzenleme;** o İstemin yapılması ve örneğin laboratuvara ulaştırılmasını, o Sonuç raporlarının hastaneye ulaştırılmasını, o Raporların hastaneye ulaştırılma sürelerini kapsamalıdır.	
00	02	05	17	02		**Testlerin çalışıldığı laboratuvar, hizmet kalite standartlarının karşılanma durumu açısından değerlendirilmelidir.** o Patoloji Laboratuvarı Hizmet Kalite Standartlarından; 01, 02, 03, 06, 07, 09, 10, 11 nolu standartların uygunluğu açısından hizmet sunan kurum yılda en az 2 kez hastane tarafından değerlendirilmelidir.	
00	02	05	17	03		**Hasta sonuç raporunda testlerin çalışıldığı kurumun adı ve hastane adı bulunmalıdır.**	

00	**01**	**01**	**09**	**00**		**İlaç ve kitlerin muhafaza edildiği buzdolaplarının sıcaklık takipleri yapılmalıdır.**	**10**
00	01	01	09	01		Buzdolaplarının içinde bulunan malzemelere göre sıcaklık takibi yapılmalıdır.	
00	**01**	**01**	**12**	**00**		**Hastalara hizmet verilen alanlar iletişime açık bir şekilde düzenlenmelidir.**	**15**
00	01	01	12	01		Sonuç alma, numune kabul, kayıt, halkla ilişkiler hizmet noktalarında hasta ve çalışan arasında fiziksel bariyer (camekân, pencere, demir parmaklık, yükseklik) bulunmamalıdır.	
00	**01**	**01**	**45**	**00**	**Ç**	**Çalışanlar tarafından kişisel koruyucu ekipman kullanılmalıdır.**	**15**
00	01	01	45	01	Ç	Bölüm bazında kullanılması gereken kişisel koruyucu ekipman belirlenmelidir.	
00	01	01	45	02	Ç	Kişisel koruyucu ekipman çalışma alanlarında ulaşılabilir olmalıdır.	
00	01	01	45	03	Ç	Kişisel koruyucu ekipman kullanımı konusunda çalışanlara eğitim verilmelidir.	
00	**01**	**01**	**52**	**00**	**H**	**Tıbbi cihazların yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	52	02	H	Tıbbi cihazların bölüm bazında envanteri bulunmalıdır.	
00	01	01	52	03	H	Tıbbi cihazların bakım, onarım, ölçme, ayar ve kalibrasyonlarına yönelik plan bulunmalı, o Plan dahilinde cihazların ölçme, ayar ve kalibrasyonları yapılmalıdır.	
00	01	01	52	04	H	Kalibrasyonu yapılan cihazların kalibrasyon etiketi bulunmalıdır. Etikette; o Kalibrasyonu yapan firmanın adı, o Kalibrasyon tarihi, o Geçerlilik süresi, o Sertifika numarası bulunmalıdır.	
00	**01**	**01**	**53**	**00**		**Hastanenin temizliğine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	53	01		Bölüm bazında temizlik planı bulunmalıdır.	
00	01	01	53	02		Risk düzeylerine göre temizlik kuralları belirlenmelidir.	
00	01	01	53	03		Temizlik malzemeleri ve malzemelerin kullanımı ile ilgili kurallar belirlenmelidir.	
00	01	01	53	04		Tüm kapalı ve açık alanların temizlikleri kontrol edilmelidir. o Kontrol aralıkları, o Kontrol sorumluları belirlenmelidir.	

00	**01**	**01**	**55**	**00**		**Kişisel temizlik alanlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	55	01		**Kişisel temizlik alanlarının kapıları dışarı doğru açılmalıdır.**	
00	01	01	55	02		**Kişisel temizlik alanlarının temizliği sağlanmalıdır.**	
00	01	01	55	03		**Kişisel temizlik alanlarında temizlik malzemeleri bulundurulmalı,** o Sıvı sabun, kâğıt havlu, tuvalet kâğıdı ve poşetli çöp kutusu bulundurulmalıdır.	
00	01	01	55	04		**Sıvı sabun kaplarının üstüne ekleme yapılmamalı,** o Boşalan sabunluk yıkanıp iyice kurutulduktan sonra tekrar doldurulmalıdır.	
00	**01**	**08**	**04**	**00**		**Atıkların kaynağında ayrıştırılmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	08	04	01		**Her bölüm için atıklar belirlenmelidir.**	
00	01	08	04	02		**Uygun atık kutuları kullanılmalıdır.**	

GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ

Revizyon	Dikey Boyut	Bölüm No	Standart No	Değerlendirme Ölçütü	Yatay Boyut	STANDARTLAR	Puan
00	02	06				**GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ**	220
00	**02**	**06**	**01**	**00**		**Radyasyon yayan cihazların bulunduğu alanlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**10**
00	02	06	01	01		**Radyasyon yayan cihazların bulunduğu alanların Türkiye Atom Enerjisi Kurumundan (TAEK) lisansı bulunmalıdır.**	
00	02	06	01	02		**Radyasyon yayan cihazların bulunduğu alanlarda, iyonize havanın dışarıya atılmasını sağlayan aspirasyon sistemi bulunmalıdır.**	
00	02	06	01	03		**Görüntüleme hizmetlerinin sunulduğu alanlarda radyasyon uyarı levhaları bulunmalıdır.**	
00	**02**	**06**	**02**	**00**		**Görüntüleme hizmetlerinin işleyişine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	02	06	02	01		**Randevu verme ile ilgili düzenleme yapılmalı,** o Randevu verme süreleri belirlenmeli, o Hasta ve yakınları randevu süreleri hakkında bilgilendirilmelidir.	
00	02	06	02	02		**Sonuç verme ile ilgili düzenleme yapılmalı,** o Sonuç verme süreleri belirlenmeli, o Hasta ve yakınları sonuç verme süreleri hakkında bilgilendirilmelidir.	
00	02	06	02	03		**Randevu ve sonuç verme süreçleri ile ilgili gecikmeler takip edilmeli,** o Gecikmeler ile ilgili aylık istatistiksel analizler yapılmalı, o Gerekli düzeltici önleyici faaliyetler başlatılmalıdır.	
00	**02**	**06**	**03**	**00**		**Hasta mahremiyetine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**10**
00	02	06	03	01		**Hastalara ait giyinme odası/kabini bulunmalıdır.**	
00	02	06	03	02		**Hastaların kullanacağı örtü/önlük temiz olmalıdır.**	
00	02	06	03	03		**Hastaların görüntüleme alanına tek tek alınmaları sağlanmalıdır.**	

00	**02**	**06**	**04**	**00**	**H**	**Hasta ve yakınlarının radyasyondan korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.**	**15**
00	02	06	04	01	H	**Hasta ve yakınları için radyasyon koruyucular kullanılmalı,** o Farklı ebatlarda radyasyon koruyucular bulunmalıdır.	
00	02	06	04	02	H	**Gebe ve gebelik şüphesi olanlar radyasyon güvenliği konusunda bilgilendirilmelidir.**	
00	02	06	04	03	H	**Gebe ve gebelik şüphesi olanlarda bebeği koruyucu önlemler alınmalıdır.**	
00	**02**	**06**	**05**	**00**	**Ç**	**Çalışanların radyasyondan korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.**	**20**
00	02	06	05	01	Ç	**Radyasyon koruyucular kullanılmalı,** o Farklı ebatlarda radyasyon koruyucular bulunmalıdır.	
00	02	06	05	02	Ç	**Çalışanların dozimetre takipleri yapılmalıdır. Her çalışan için;** o Her dozimetre takip dönemi sonundaki radyasyon dozu ölçülmeli, o Yıllık toplam radyasyon dozu ölçülmeli, o Radyasyon dozları dönemsel ve yıllık olarak yasal sınırlarla kıyaslanmalıdır.	
00	02	06	05	03	Ç	**Çalışanların muayene ve tetkikleri yapılmalı,** o Altı ayda bir kez hemogram, o Altı ayda bir kez periferik yayma, o Yılda bir kez dermatolojik muayene yapılmalıdır.	
00	**02**	**06**	**06**	**00**	**G**	**Radyasyon koruyucularının kontrolüne yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	02	06	06	01	G	**Radyasyon koruyucularının etkinliği, en az 6 ayda bir ve hasar gördüğüne dair şüphe varlığında röntgen filmi veya skopi ile kontrol edilmelidir.**	
00	02	06	06	02	G	**Kontrol sonuçları radyoloji uzmanı tarafından onaylanmalıdır.**	
00	**02**	**06**	**07**	**00**		**Hastane dışında yapılan görüntüleme hizmetlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**10**
00	02	06	07	01		**Bu sürece ilişkin yazılı bir düzenleme hazırlanmalıdır. Yazılı düzenleme;** o İstemin yapılmasını, o Hasta ve hasta yakınlarının bilgilendirilmesini, o Hastaların görüntüleme merkezine yönlendirilmesini, o Sonuç raporlarının hastaneye ulaştırılmasını, o Raporların hastaneye ulaştırılma sürelerini kapsamalıdır.	

00	02	06	07	02		Hizmet Kalite Standartları Görüntüleme Hizmetleri Bölümünde yer alan 1, 2, 3 ve 4 nolu standartların uygunluğu açısından hizmet sunan kurum yılda en az 2 kez hastane tarafından değerlendirilmelidir.	
00	02	06	07	03		Hizmeti sunan merkez hasta sonuç raporunda işlemin ilgili hastane adına yapıldığını belirtmelidir.	
00	**01**	**01**	**12**	**00**		**Hastalara hizmet verilen alanlar iletişime açık bir şekilde düzenlenmelidir.**	**15**
00	01	01	12	01		Sonuç alma, numune kabul, kayıt, halkla ilişkiler hizmet noktalarında hasta ve çalışan arasında fiziksel bariyer (camekân, pencere, demir parmaklık, yükseklik) bulunmamalıdır.	
00	**01**	**01**	**45**	**00**	**Ç**	**Çalışanlar tarafından kişisel koruyucu ekipman kullanılmalıdır.**	**15**
00	01	01	45	01	Ç	Bölüm bazında kullanılması gereken kişisel koruyucu ekipman belirlenmelidir.	
00	01	01	45	02	Ç	Kişisel koruyucu ekipman çalışma alanlarında ulaşılabilir olmalıdır.	
00	01	01	45	03	Ç	Kişisel koruyucu ekipman kullanımı konusunda çalışanlara eğitim verilmelidir.	
00	**01**	**01**	**52**	**00**	**H**	**Tıbbi cihazların yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	52	02	H	Tıbbi cihazların bölüm bazında envanteri bulunmalıdır.	
00	01	01	52	03	H	Tıbbi cihazların bakım, onarım, ölçme, ayar ve kalibrasyonlarına yönelik plan bulunmalı, o Plan dahilinde cihazların ölçme, ayar ve kalibrasyonları yapılmalıdır.	
00	01	01	52	04	H	Kalibrasyonu yapılan cihazların kalibrasyon etiketi bulunmalıdır. Etikette; o Kalibrasyonu yapan firmanın adı, o Kalibrasyon tarihi, o Geçerlilik süresi, o Sertifika numarası bulunmalıdır.	
00	**01**	**01**	**53**	**00**		**Hastanenin temizliğine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	53	01		Bölüm bazında temizlik planı bulunmalıdır.	
00	01	01	53	02		Risk düzeylerine göre temizlik kuralları belirlenmelidir.	
00	01	01	53	03		Temizlik malzemeleri ve malzemelerin kullanımı ile ilgili kurallar belirlenmelidir.	
00	01	01	53	04		Tüm kapalı ve açık alanların temizlikleri kontrol edilmelidir. o Kontrol aralıkları, o Kontrol sorumluları belirlenmelidir.	

00	**01**	**01**	**55**	**00**		**Kişisel temizlik alanlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	55	01		**Kişisel temizlik alanlarının kapıları dışarı doğru açılmalıdır.**	
00	01	01	55	02		**Kişisel temizlik alanlarının temizliği sağlanmalıdır.**	
00	01	01	55	03		**Kişisel temizlik alanlarında temizlik malzemeleri bulundurulmalı,** o Sıvı sabun, kâğıt havlu, tuvalet kâğıdı ve poşetli çöp kutusu bulundurulmalıdır.	
00	01	01	55	04		**Sıvı sabun kaplarının üstüne ekleme yapılmamalı,** o Boşalan sabunluk yıkanıp iyice kurutulduktan sonra tekrar doldurulmalıdır.	
00	**01**	**01**	**63**	**00**	**H**	**Riskli girişimsel işlemler öncesinde hasta bilgilendirilmeli ve rızası alınmalıdır.**	**20**
00	**01**	**03**	**06**	**00**		**El hijyenini sağlamaya yönelik malzeme bulunmalıdır.**	**15**
00	01	03	06	01		**Sağlık hizmeti sunulan alanlarda alkol bazlı el antiseptikleri bulunmalıdır.**	
00	**01**	**08**	**04**	**00**		**Atıkların kaynağında ayrıştırılmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	08	04	01		**Her bölüm için atıklar belirlenmelidir.**	
00	01	08	04	02		**Uygun atık kutuları kullanılmalıdır.**	

ENDOSKOPİ HİZMETLERİ

Revizyon	Dikey Boyut	Bölüm No	Standart No	Değerlendirme Ölçütü	Yatay Boyut	STANDARTLAR	Puan
00	02	07				**ENDOSKOPİ HİZMETLERİ**	225
00	**02**	**07**	**01**	**00**		**Endoskopi ünitelerinde fiziki düzenleme yapılmalıdır.**	**10**
00	02	07	01	01		Endoskopi işleminin yapıldığı odanın tüm yüzeyleri kolay temizlenebilir ve dezenfekte edilebilir nitelikte olmalıdır.	
00	02	07	01	02		Endoskopi işleminin yapıldığı odada lavabo bulunmalıdır.	
00	02	07	01	03		Endoskopi ünitesinde hasta tuvaleti bulunmalıdır.	
00	02	07	01	04		Oksijen ve aspirasyon sistemi bulunmalıdır.	
00	02	07	01	05		Pulse oksimetri cihazı bulunmalıdır.	
00	02	07	01	06		Kan basıncı ve EKG monitorizasyonu için gerekli ekipman bulunmalıdır.	
00	02	07	01	07		Hastaların elbiselerini ve değerli eşyalarını koyabilecekleri kilitli dolap bulunmalıdır.	
00	02	07	01	08		Endoskopi işlemi sonrası hastaların dinlenebilmesi için bir alan bulunmalıdır.	
00	**02**	**07**	**02**	**00**		**Endoskopi ünitesinin işleyişine yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır.**	**5**
00	02	07	02	01		Yazılı düzenleme; o Randevu tarihlerinin ve tetkik sonuçlarının verilme sürelerini, o Randevu verilmesini, o Hastanın hazırlığını, o Sedasyon sürecini, o Doku örnekleri ile ilgili işlemleri » Doku örneğinin alınmasını, » Örneğin taşınmasını, » Patoloji laboratuvarına teslimini, o Rapor yazılma sürecini, o Cihazların temizlik, dezenfeksiyon ve sterilizasyon kurallarını kapsamalıdır.	

00	**02**	**07**	**03**	**00**		**Randevu ve sonuç verme işlemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**10**
00	02	07	03	01		Randevu ve sonuç verme süreleri belirlenmelidir.	
00	02	07	03	02		Randevu ve sonuç verme süreleri hastane bilgi sistemi üzerinde kayıt edilmelidir.	
00	02	07	03	03		Hasta ve yakınları randevu ve sonuç verme süreleri hakkında bilgilendirilmelidir.	
00	02	07	03	04		Randevu ve sonuç verme süreleri ile ilgili gecikmeler takip edilmeli, o Gecikmeler ile ilgili aylık istatistiksel analizler yapılmalı, o Analiz sonuçlarına göre gerekli düzeltici önleyici faaliyetler başlatılmalıdır.	
00	**02**	**07**	**04**	**00**		**Endoskopi ünitesinde dezenfeksiyon süreci kontrol altına alınmalıdır.**	**15**
00	02	07	04	01		Dezenfeksiyon işlemi için ayrılmış bir oda bulunmalıdır.	
00	02	07	04	02		Temizlik ve dezenfeksiyon işlemlerinin yapıldığı odanın havası saatte 6-15 kez değiştirilmelidir.	
00	02	07	04	03		Dezenfeksiyon işleminin yapıldığı odada derin ve geniş lavabolar bulunmalıdır.	
00	02	07	04	04		Dezenfektanların bulunduğu konteynırların kapakları kapalı olmalıdır.	
00	02	07	04	05		Endoskopi ünitesi personeline temizlik, dezenfeksiyon ve sterilizasyon işlemi ile ilgili eğitim verilmelidir.	
00	02	07	04	06		Yüksek düzey dezenfektanın minimal etkin konsantrasyonu indikatörlerle günlük olarak kontrol edilmeli,	
00	02	07	04	07		Endoskopların her kullanımda hasta adı soyadı, dosya numarası, yöntem, endoskopiyi uygulayan hekimin adı ve soyadı, cihaz seri numarası kaydedilmelidir.	
00	**02**	**07**	**05**	**00**		**Endoskopların dezenfeksiyon işlemine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	02	07	05	01		Endoskoplar yüksek düzey dezenfeksiyondan sonra steril distile veya çeşme suyu ile durulanmalı ve %70-90 etil veya izopropil alkolle yıkanmalıdır.	
00	02	07	05	02		Endoskop ve kanalları alkolle yıkandıktan sonra hava tabancası ile kurutulmalıdır.	
00	02	07	05	03		Endoskoplar kurumaları için vertikal pozisyonda asılmalıdır.	
00	02	07	05	04		Endoskoplar kurutulduktan sonra temiz olarak muhafaza edilmelidir.	
00	**02**	**07**	**06**	**00**		**Endoskopik işlem, görüntü kayıt sistemi ile kayda alınabilmelidir.**	**10**

00	**01**	**01**	**09**	**00**		**İlaç ve kitlerin muhafaza edildiği buzdolaplarının sıcaklık takipleri yapılmalıdır.**	**10**
00	01	01	09	01		Buzdolaplarının içinde bulunan malzemelere göre sıcaklık takibi yapılmalıdır.	
00	**01**	**01**	**12**	**00**		**Hastalara hizmet verilen alanlar iletişime açık bir şekilde düzenlenmelidir.**	**15**
00	01	01	12	01		Sonuç alma, numune kabul, kayıt, halkla ilişkiler hizmet noktalarında hasta ve çalışan arasında fiziksel bariyer (camekân, pencere, demir parmaklık, yükseklik) bulunmamalıdır.	
00	**01**	**01**	**45**	**00**	**Ç**	**Çalışanlar tarafından kişisel koruyucu ekipman kullanılmalıdır.**	**15**
00	01	01	45	01	Ç	Bölüm bazında kullanılması gereken kişisel koruyucu ekipman belirlenmelidir.	
00	01	01	45	02	Ç	Kişisel koruyucu ekipman çalışma alanlarında ulaşılabilir olmalıdır.	
00	01	01	45	03	Ç	Kişisel koruyucu ekipman kullanımı konusunda çalışanlara eğitim verilmelidir.	
00	**01**	**01**	**51**	**00**		**Acil müdahale seti bulunmalıdır.**	**15**
00	01	01	51	01		Sağlık hizmeti sunum alanlarında acil müdahale seti bulunmalıdır.	
00	01	01	51	02		Bölümler acil müdahale setinde bulunması gereken ilaç, malzeme ve cihazları belirlemelidir.	
00	01	01	51	03		İlaç ve malzemelerin minimum ve maksimum stok seviyeleri belirlenmelidir.	
00	01	01	51	04		Minimum ve maksimum stok seviyeleri takip edilmelidir.	
00	01	01	51	05		İlaç ve malzemelerin miat takibi yapılmalıdır.	
00	**01**	**01**	**52**	**00**	**H**	**Tıbbi cihazların yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	52	02	H	Tıbbi cihazların bölüm bazında envanteri bulunmalıdır.	
00	01	01	52	03	H	Tıbbi cihazların bakım, onarım, ölçme, ayar ve kalibrasyonlarına yönelik plan bulunmalı, o Plan dahilinde cihazların ölçme, ayar ve kalibrasyonları yapılmalıdır.	
00	01	01	52	04	H	Kalibrasyonu yapılan cihazların kalibrasyon etiketi bulunmalıdır. Etikette; o Kalibrasyonu yapan firmanın adı, o Kalibrasyon tarihi, o Geçerlilik süresi, o Sertifika numarası bulunmalıdır.	

00	**01**	**01**	**53**	**00**		**Hastanenin temizliğine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	53	01		**Bölüm bazında temizlik planı bulunmalıdır.**	
00	01	01	53	02		**Risk düzeylerine göre temizlik kuralları belirlenmelidir.**	
00	01	01	53	03		**Temizlik malzemeleri ve malzemelerin kullanımı ile ilgili kurallar belirlenmelidir.**	
00	01	01	53	04		**Tüm kapalı ve açık alanların temizlikleri kontrol edilmelidir.** o Kontrol aralıkları, o Kontrol sorumluları belirlenmelidir.	
00	**01**	**01**	**55**	**00**		**Kişisel temizlik alanlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	55	01		**Kişisel temizlik alanlarının kapıları dışarı doğru açılmalıdır.**	
00	01	01	55	02		**Kişisel temizlik alanlarının temizliği sağlanmalıdır.**	
00	01	01	55	03		**Kişisel temizlik alanlarında temizlik malzemeleri bulundurulmalı,** o Sıvı sabun, kâğıt havlu, tuvalet kâğıdı ve poşetli çöp kutusu bulundurulmalıdır.	
00	01	01	55	04		**Sıvı sabun kaplarının üstüne ekleme yapılmamalı,** o Boşalan sabunluk yıkanıp iyice kurutulduktan sonra tekrar doldurulmalıdır.	
00	**01**	**01**	**63**	**00**	**H**	**Riskli girişimsel işlemler öncesinde hasta bilgilendirilmeli ve rızası alınmalıdır.**	**20**
00	**01**	**01**	**64**	**00**		**Hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik düzenlemeler bulunmalıdır.**	**10**
00	**01**	**03**	**06**	**00**		**El hijyenini sağlamaya yönelik malzeme bulunmalıdır.**	**15**
00	01	03	06	01		**Sağlık hizmeti sunulan alanlarda alkol bazlı el antiseptikleri bulunmalıdır.**	
00	**01**	**08**	**04**	**00**		**Atıkların kaynağında ayrıştırılmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	08	04	01		**Her bölüm için atıklar belirlenmelidir.**	
00	01	08	04	02		**Uygun atık kutuları kullanılmalıdır.**	

KLİNİKLER

Revizyon	Dikey Boyut	Bölüm No	Standart No	Değerlendirme Ölçütü	Yatay Boyut	STANDARTLAR	Puan
00	02	08				KLİNİKLER	490
00	02	08	01	00		Hasta odalarında fiziki düzenleme yapılmalıdır.	10
00	02	08	01	01		Her yatağın başında tıbbi gaz sistemine bağlı hasta başı paneli bulunmalıdır.	
00	02	08	01	02		Hasta odalarında lavabo, banyo ve tuvalet bulunmalıdır.	
00	02	08	01	03		Yatak başı bağlantılı hemşire çağrı sistemi bulunmalıdır.	
00	02	08	01	04		Hastaların kullandığı tüm banyo ve tuvaletlerde hemşire çağrı sistemi bulunmalıdır.	
00	02	08	01	05		Hasta odalarının temizliği günde en az iki kez yapılmalıdır.	
00	02	08	02	00		Hasta odalarında refakatçilerin dinlenebilmelerine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	10
00	02	08	02	01		Hasta odalarında refakatçilerin dinlenebilmeleri için pozisyon verilebilen koltuk/kanepe/yatak bulunmalıdır.	
00	02	08	02	02		Çocuk servislerinde bu düzenlemeler yetişkinlere uygun nitelikte olmalıdır.	
00	02	08	03	00	H	Ameliyat öncesi yapılması gereken hazırlıkların kontrolüne ilişkin düzenleme bulunmalıdır.	10
00	02	08	03	01	H	Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin “Klinikten Ayrılmadan Önce” bölümü kontrol edilmelidir.	
00	01	01	09	00		İlaç ve kit muhafaza edilen buzdolaplarının sıcaklık takipleri yapılmalıdır.	10
00	01	01	09	01		Buzdolaplarının içinde bulunan malzemelere göre sıcaklık takibi yapılmalıdır.	
00	01	01	10	00		Hasta Başı Test Cihazlarının (HBTC) kullanımı düzenlenmelidir.	15
00	01	01	10	01		HBTC’nin kullanıldığı bölümlerde sorumlular belirlenmelidir.	
00	01	01	10	02		HBTC’nin envanteri tutulmalıdır.	
00	01	01	10	03		HBTC’nin bakımı ve temizliği yapılmalıdır.	

00	01	01	10	04		**HBTC için kalibrasyon ve kalite kontrol testleri çalışılmalı ve kayıt altına alınmalı,** o Kalite kontrol sonuçlarında uygunsuzluk tespit edilmesi halinde düzeltici önleyici faaliyet başlatılmalıdır.	
00	01	01	10	05		**HBTC'yi kullanacak çalışanlara;** o Çalışılacak testlerin preanalitik, analitik ve postanalitik evrelerinde dikkat edilmesi gereken hususlar, o Kalibrasyon ve kalite kontrol sonuçlarının değerlendirilmesi, o Cihazın temizliği ve bakımı hakkında eğitim verilmelidir.	
00	01	01	10	06		**HBTC'de çalışılmış olan tüm test sonuçları, hasta dosyasına kayıt edilmelidir.**	
00	**01**	**01**	**21**	**00**	**H**	**Hasta kimliğinin doğrulanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**	**20**
00	01	01	21	01	H	**Yatışı yapılan her hastada beyaz renkli kimlik tanımlayıcı kullanılmalıdır.** o Alerjik hastalarda ise sadece kırmızı renkli kimlik tanımlayıcı kullanılmalı, o Hasta kimlik tanımlayıcı barkotlu olmalı, o Kimlik tanımlayıcıda; protokol numarası, hasta adı-soyadı, doğum tarihi (gün/ay/yıl) bilgileri yer almalı,	
00	01	01	21	02	H	**Tanı ve tedavi için yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanmalıdır.**	
00	01	01	21	05	H	**Sağlık çalışanları, hasta kimlik tanımlayıcıların kullanımı ve hasta kimliğinin doğrulanması konusunda eğitilmelidir.**	
00	**01**	**01**	**23**	**00**	**H**	**Hastanın beraberinde getirdiği ilaçların yönetimine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.**	**15**
00	01	01	23	01	H	**Hastanın beraberinde getirdiği ilaçlar hemşire tarafından teslim alınmalıdır.**	
00	01	01	23	02	H	**Teslim alınan ilaçların miat kontrolü yapılmalı,** o Miadı geçmiş ilaçlar imha edilmelidir.	
00	01	01	23	03	H	**Hastanın beraberinde getirdiği ilaçlar hekimi tarafından kontrol edilmelidir.**	
00	01	01	23	04	H	**Hastanın beraberinde getirdiği ilaçlar hemşire tarafından uygulanmalıdır.**	
00	**01**	**01**	**24**	**00**	**H**	**İlaçların güvenli uygulanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	24	01	H	**İlaçlar, kapalı kaplarda ve kişiye özel olarak hazırlanmalı,** o Kaplarda hastaların kimlik tanımlayıcı bilgileri bulunmalıdır.	

00	01	01	24	02	H	**Tedavi planı hekim tarafından yazılmalı, kaşelenmeli ve imzalanmalı,** o Tedavi planı; ilacın tam adını, uygulama zamanını ve dozunu, uygulama şeklini ve veriliş süresini içermelidir.	
00	01	01	24	03	H	**Hemşire hekimin tedavi planını hemşire gözlem formuna kaydetmelidir.**	
00	01	01	24	04	H	**Tedavi sürecindeki ilaçlar hastaya hemşire tarafından uygulanmalı,** o Stajyerlerin ilaç uygulamaları da hemşire gözetiminde olmalıdır.	
00	**01**	**01**	**25**	**00**	**H**	**İlaçların karışmasını engellemeye yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	25	01	H	**İlaç isimleri kısaltılarak yazılmamalıdır.**	
00	01	01	25	02	H	**Yazılışı, okunuşu, ambalajı birbirine benzeyen ilaçların listeleri hazırlanmalı,** o Listeler kullanım alanında bulunmalıdır.	
00	01	01	25	03	H	**Yazılışı, okunuşu, ambalajı birbirine benzeyen ilaçların dolaplardaki yerleşimi ayrı raflarda yapılmalıdır.**	
00	**01**	**01**	**26**	**00**	**H**	**Pediatrik dozda kullanılacak ilaçlara yönelik tedbirler alınmalıdır.**	**15**
00	01	01	26	01	H	**Pediatrik dozdaki ilaçların listeleri ilgili bölümlerde bulunmalıdır.**	
00	01	01	26	02	H	**Pediatrik dozdaki ilaçların dolaplardaki yerleşimi diğer ilaçlardan ayrı raflarda yapılmalıdır.**	
00	01	01	26	03	H	**Acil kullanılabilecek pediatrik ilaçların kilograma göre dozları listelenmeli,** o Listeler ilgili bölümlerde bulunmalıdır.	
00	**01**	**01**	**27**	**00**		**Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**10**
00	01	01	27	01		**Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçlar kilitli alanlarda bulundurulmalıdır.**	
00	01	01	27	02		**Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçların devir teslimi yapılmalıdır. Devir teslim kayıtlarında;** o İlacın hangi hastaya kaç adet kullanıldığı, o İlacın kullanıldığı tarih, o İlacı kimin uyguladığı, o Kime kaç adet ilaç teslim edildiği,	
00	01	01	27	03		**Teslim alan ve teslim edenlerin imzaları kayıt edilmelidir**	
00	**01**	**01**	**28**	**00**		**Advers Etki Bildirimi ile ilgili düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	28	03		**Ciddi ve beklenmeyen advers etkiler farmakovijilans sorumlusuna bildirilmelidir.**	

00	**01**	**01**	**31**	**00**	**H**	**Sözel istem uygulamasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	31	01	H	**Sözel istem uygulama sürecinde;** o İstem, istemi alan kişi tarafından yazılmalı, o Yazılan kişi tarafından yazılı istem geri okunmalı, » Gerektiğinde verilen ilacın adı kodlama yöntemi ile tekrar edilmeli, o İstemi veren kişi tarafından istemin doğruluğu sözel olarak onaylanmalıdır.	
00	01	01	31	02	H	**Sözel istem en geç 24 saat içerisinde hekim tarafından tedavi planına yazılmalıdır.**	
00	01	01	31	03	H	**Sözel istem uygulaması hakkında hemşire ve hekimlere eğitim verilmelidir.**	
00	**01**	**01**	**33**	**00**		**Kan ve/veya kan ürünleri için istem formu doldurulmalıdır.**	**10**
00	01	01	33	01		**Kan ve/veya kan ürünleri istem formunda;** o Hastanın; » Adı ve soyadı, » Protokol numarası, » Tedavi gördüğü bölüm, » Tanısı, » Kan grubu, » Transfüzyon endikasyonu, o Hastaya daha önce transfüzyon yapılıp yapılmadığı, o Hasta kadın ise daha önce doğum yapıp yapmadığı, o Kan ve/veya kan ürününün istem gerekçesi, o Hazırlanacak kan ve/veya kan ürününün türü ve miktarı, o Planlanan veriliş süresi, o Hekim kaşesi ve imzası yer almalıdır.	
00	**01**	**01**	**34**	**00**	**H**	**Transfüzyon sürecinin güvenliğini sağlamaya yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	34	01	H	**Transfüzyon öncesi, çapraz karşılaştırma test sonucu ile hasta bilgileri iki sağlık çalışanı tarafından doğrulanmalıdır.**	
00	01	01	34	02	H	**Transfüzyondan hemen önce, iki sağlık çalışanı tarafından;** o Hastanın kimliği, o Kan ve/veya kan ürününün türü ve miktarı, o Ürünün planlanan veriliş süresi doğrulanmalıdır.	

00	01	01	34	03	H	**Transfüzyonun ilk 15 dakikası sağlık çalışanı tarafından gözlenmelidir.**	
00	01	01	34	04	H	**Transfüzyon boyunca her 30 dakikada bir hastanın vital bulguları izlenmelidir.**	
00	**01**	**01**	**36**	**00**		**Hastanın güvenli transferi sağlanmalıdır.**	**15**
00	**01**	**01**	**38**	**00**	**H**	**Yatan hastaların düşmelerinin önlenmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**20**
00	01	01	38	01	H	**Yatan hasta, bölüme kabulünde düşme riski yönünden değerlendirilmeli,** o Değerlendirme, hastane tarafından belirlenen bir ölçekle yapılmalı, o Hastanın klinik durumuna göre düşme riski değerlendirmesi tekrarlanmalıdır.	
00	01	01	38	02	H	**Düşme riski olan hastalar için, hastanın risk düzeyine yönelik önlemler alınmalıdır.** o Düşme riski olan hastalar beyaz kelebek figürü ile tanımlanmalı ve bu tanımlayıcı hastanın odasının giriş kapısında bulunmalıdır	
00	01	01	38	03	H	**Yatan hastalarda düşme olayı gerçekleştiğinde kalite yönetim birimine bildirim yapılmalı,** o Olay ile ilgili gerekli düzeltici önleyici çalışmalar başlatılmalıdır.	
00	**01**	**01**	**39**	**00**		**Yatan hastalarda hareket kısıtlamasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**10**
00	01	01	39	01		**Hareket kısıtlama kararı hekim tarafından verilmeli,** o Hareket kısıtlama kararı tedavi planında yer almalı, o Tedavi planında; » Uygulamanın başladığı tarih ve saat, » Uygulamanın hangi aralıklarla kontrol edileceği, » Uygulamanın sonlandırıldığı tarih ve saat belirtilmelidir.	
00	01	01	39	02		**Kısıtlılığın devamı ile ilgili karar en geç 24 saatte bir gözden geçirilmelidir.**	
00	**01**	**01**	**41**	**00**		**Yatan hastalara, tedavi sürecinde eğitim verilmelidir.**	**10**
00	01	01	41	01		**Bu eğitim;** o Kullanacağı ilaçlar, tıbbi cihazlar, beslenmeleri, egzersizleri, kontrol zamanı ve bakıma ilişkin dikkat edilecek hususlar, o El hijyeni, o Sigara kullanan hastalara sigarayı bırakma tavsiye eğitimi konularını kapsamalıdır.	

00	01	01	41	02		Hastalara verilen eğitimlere ilişkin kayıtlar hasta dosyasında bulunmalıdır.	
00	**01**	**01**	**45**	**00**	**Ç**	**Çalışanlar tarafından kişisel koruyucu ekipman kullanılmalıdır.**	**15**
00	01	01	45	01	Ç	Bölüm bazında kullanılması gereken kişisel koruyucu ekipman belirlenmelidir.	
00	01	01	45	02	Ç	Kişisel koruyucu ekipman çalışma alanlarında ulaşılabilir olmalıdır.	
00	01	01	45	03	Ç	Kişisel koruyucu ekipman kullanımı konusunda çalışanlara eğitim verilmelidir.	
00	**01**	**01**	**51**	**00**		**Acil müdahale seti bulunmalıdır.**	**15**
00	01	01	51	01		Sağlık hizmeti sunum alanlarında acil müdahale seti bulunmalıdır.	
00	01	01	51	02		Bölümler acil müdahale setinde bulunması gereken ilaç, malzeme ve cihazları belirlemelidir.	
00	01	01	51	03		İlaç ve malzemelerin minimum ve maksimum stok seviyeleri belirlenmelidir.	
00	01	01	51	04		Minimum ve maksimum stok seviyeleri takip edilmelidir.	
00	01	01	51	05		İlaç ve malzemelerin miat takibi yapılmalıdır.	
00	**01**	**01**	**52**	**00**	**H**	**Tıbbi cihazların yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	52	02	H	Tıbbi cihazların bölüm bazında envanteri bulunmalıdır.	
00	01	01	52	03	H	Tıbbi cihazların bakım, onarım, ölçme, ayar ve kalibrasyonlarına yönelik plan bulunmalı,	
00	01	01	52	03	H	o Plan dahilinde cihazların ölçme, ayar ve kalibrasyonları yapılmalıdır.	
00	01	01	52	04	H	Kalibrasyonu yapılan cihazların kalibrasyon etiketi bulunmalıdır. Etikette; o Kalibrasyonu yapan firmanın adı, o Kalibrasyon tarihi, o Geçerlilik süresi, o Sertifika numarası bulunmalıdır.	
00	**01**	**01**	**53**	**00**		**Hastanenin temizliğine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	53	01		Bölüm bazında temizlik planı bulunmalıdır.	
00	01	01	53	02		Risk düzeylerine göre temizlik kuralları belirlenmelidir.	
00	01	01	53	03		Temizlik malzemeleri ve malzemelerin kullanımı ile ilgili kurallar belirlenmelidir.	
00	01	01	53	04		Tüm kapalı ve açık alanların temizlikleri kontrol edilmelidir. o Kontrol aralıkları, o Kontrol sorumluları belirlenmelidir.	

00	**01**	**01**	**55**	**00**		**Kişisel temizlik alanlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	55	01		**Kişisel temizlik alanlarının kapıları dışarı doğru açılmalıdır.**	
00	01	01	55	02		**Kişisel temizlik alanlarının temizliği sağlanmalıdır.**	
00	01	01	55	03		**Kişisel temizlik alanlarında temizlik malzemeleri bulundurulmalı,** o Sıvı sabun, kâğıt havlu, tuvalet kâğıdı ve poşetli çöp kutusu bulundurulmalıdır.	
00	01	01	55	04		**Sıvı sabun kaplarının üstüne ekleme yapılmamalı,** o Boşalan sabunluk yıkanıp iyice kurutulduktan sonra tekrar doldurulmalıdır.	
00	**01**	**01**	**63**	**00**	**H**	**Riskli girişimsel işlemler öncesinde hasta bilgilendirilmeli ve rızası alınmalıdır.**	**20**
00	**01**	**01**	**64**	**00**		**Hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik düzenlemeler bulunmalıdır.**	**10**
00	**01**	**01**	**66**	**00**		**Hasta yatakları kullanıma hazır olmalıdır.**	**10**
00	01	01	66	01		**Çarşaf, nevresim ve yastık kılıfları temiz ve ütülü olmalıdır.**	
00	01	01	66	02		**Çarşaf, nevresim ve yastık kılıfı her gün ve gerektiğinde değiştirilmelidir.**	
00	**01**	**02**	**01**	**00**		**Hastanın/hasta yakınının bölüme uyumu sağlanmalıdır.**	**15**
00	01	02	01	01		**Hastanın bölüme kabulünde hasta/hasta yakını;** o Kahvaltı ve yemek saatleri, o Hasta ve yakınının uyması gereken kuralları, o Ziyaret saatleri ve kuralları, o Telefon kullanımı, o Tuvalet-banyo kullanımı, o Hemşire çağrı sistemi kullanımı, o Hekimin günlük vizitleri konularında bilgilendirilmelidir.	
00	01	02	01	02		**Hastaya hizmet verecek olan bölüm çalışanları hasta/hasta yakınına kendini tanıtmalıdır.**	
00	**01**	**02**	**02**	**00**		**Hastanın bölüme kabulünde genel durumu değerlendirilmelidir.**	**15**
00	01	02	02	01		**Hastanın genel durumu fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden değerlendirilmelidir.**	
00	**01**	**02**	**03**	**00**		**Hasta gereksinimleri doğrultusunda hemşire bakım planı düzenlenmelidir.**	**15**
00	01	02	03	01		**Hemşire bakım planı hekim tedavi planı ile koordineli olmalıdır.**	

00	01	02	03	02		**Hemşire bakım planına;** o Hastanın bakım gereksinimleri, o Bakım gereksinimlerine yönelik hedefler, o Bakım gereksinimlerine yönelik uygulamalar, o Uygulama sonuçlarının değerlendirilmesi kayıt edilmelidir.	
00	**01**	**02**	**04**	**00**		**Hemşire nöbet teslimlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**10**
00	01	02	04	01		**Nöbet teslimleri,** o Nöbeti devreden ve devralan hemşireler arasında yapılmalı, o Önce deskte, sonra hasta başında yapılmalı, o Hasta bakım sürecindeki bilgileri kapsamalıdır.	
00	**01**	**02**	**05**	**00**		**Hasta/hasta yakınları hastanın genel durumu ve tedavi süreci hakkında hekim tarafından bilgilendirilmelidir.**	**10**
00	**01**	**03**	**03**	**00**	**G**	**İzolasyon önlemleriyle ilgili düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	03	03	01	G	**Enfekte veya kolonize hastalara yönelik izolasyon önlemleri alınmalıdır.**	
00	01	03	03	02	G	**İzolasyon odasının giriş kapısında uygulanan izolasyon yöntemini gösteren bir tanımlayıcı bulunmalıdır.** o Solunum izolasyonunda sarı yaprak, o Damlacık izolasyonunda mavi çiçek, o Temas izolasyonunda kırmızı yıldız tanımlayıcıları kullanılmalıdır.	
00	**01**	**03**	**06**	**00**		**El hijyenini sağlamaya yönelik malzeme bulunmalıdır.**	**15**
00	01	03	06	01		**Sağlık hizmeti sunulan alanlarda alkol bazlı el antiseptikleri bulunmalıdır.**	
00	01	03	06	02		**Her yatak başında alkol bazlı el antiseptik solüsyonları bulunmalıdır.**	
00	**01**	**08**	**04**	**00**		**Atıkların kaynağında ayrıştırılmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	08	04	01		**Her bölüm için atıklar belirlenmelidir.**	
00	01	08	04	02		**Uygun atık kutuları kullanılmalıdır.**	
00	**01**	**01**	**69**	**00**		**Laboratuvara gönderilecek örneklere yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**10**
00	01	01	69	01		**Örnekler için bölüm bazında örnek toplama alanı belirlenmelidir.** o Örnekler düzenli bir şekilde muhafaza edilmelidir.	

AMELİYATHANE HİZMETLERİ

Revizyon	Dikey Boyut	Bölüm No	Standart No	Değerlendirme Ölçütü	Yatay Boyut	STANDARTLAR	Puan
00	02	09				AMELİYATHANE HİZMETLERİ	340
00	02	09	01	00		Ameliyathane için düzenleme yapılmalıdır.	15
00	02	09	01	01		Hasta ve personel girişi ayrı olmalıdır.	
00	02	09	01	02		Steril, yarı steril ve steril olmayan alanlar tanımlanmalı, o Tanımlanan alanın özelliğine uygun kurallar belirlenmelidir.	
00	02	09	01	03		Steril alan yüzeyleri pürüzsüz, yuvarlak köşeli, gözeneksiz, kolay temizlenebilir, dezenfekte edilebilir nitelikte ve derzsiz malzeme ile kaplanmış olmalıdır.	
00	02	09	01	04		Sterilizasyon şartlarını sağlayacak şekilde hepafiltre veya benzeri mikroorganizmaları süzebilen ve tutabilen havalandırma sistemi bulunmalıdır.	
00	02	09	02	00		Ameliyathane süreçlerinin işleyişine ilişkin yazılı düzenleme bulunmalıdır.	5
00	02	09	02	01		Yazılı düzenleme; o Ameliyathaneye hasta ve çalışan giriş çıkışı ile ilgili uygulamaları, o Ameliyathanede hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili önlemleri, o Temizlik ve dezenfeksiyon kurallarına ilişkin uygulamaları, o Malzeme ve ilaç yönetimine ilişkin düzenlemeleri kapsamalıdır.	
00	02	09	03	00		Her bir ameliyathane odasının sıcaklık ve nem takibi yapılmalıdır.	10
00	02	09	03	01		Oda sıcaklığı 20-23 °C olmalı, o Ameliyatın türüne ve ihtiyaca göre 18-26 °C arasında ayarlanabilmelidir.	
00	02	09	03	02		Bağıl nem minimum %30, maksimum %60 olmalıdır.	
00	02	09	04	00		Merkezi tıbbi gaz basınçları izlenmelidir.	10
00	02	09	04	01		Medikal gaz kontrol panosundan ve anestezi cihazı üzerindeki göstergelerden merkezi tibbi gaz (oksijen, azot ve varsa medikal hava) basınç ölçümleri kontrol edilmelidir.	

00	**02**	**09**	**05**	**00**		**Havalandırma sistemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	02	09	05	01		Havalandırma sisteminin bakımı periyodik olarak yapılmalıdır.	
00	02	09	05	02		Basma hava debisi minimum 2.400 m3/h olmalıdır.	
00	02	09	05	03		Taze hava debisi minimum 1.200 m3/h olmalıdır.	
00	02	09	05	04		Ameliyathane odasındaki partikül sayısı tespitine dair periyodik ölçümler yapılmalıdır.	
00	**02**	**09**	**06**	**00**		**Elektrik kesintisine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**10**
00	02	09	06	01		Tüm cihazların bağlandığı prizler kesintisiz güç kaynaklarıyla beslenmelidir.	
00	02	09	06	02		Kesintisiz güç kaynaklarının periyodik olarak bakımı ve kontrolü yapılmalıdır.	
00	**02**	**09**	**07**	**00**		**Hasta transferine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	02	09	07	01		Hasta transferi en az bir sağlık çalışanı eşliğinde yapılmalıdır.	
00	02	09	07	02		Hasta sağlık çalışanı tarafından sağlık çalışanına teslim edilmelidir.	
00	02	09	07	03		Ameliyat öncesi ve sonrası hasta teslimi sırasında, ameliyat sürecine ilişkin bilgiler sağlık çalışanı tarafından sağlık çalışanına sözlü ve yazılı olarak iletilmelidir.	
00	**02**	**09**	**08**	**00**	**H**	**Güvenli cerrahiye yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**	**20**
00	02	09	08	01	H	Tüm cerrahi işlemlerde, klinikte doğru bölge ve taraf işaretleme süreci hekim tarafından gerçekleştirilmeli ve işlem hastaya da doğrulatılmalıdır.	
00	02	09	08	02	H	Cerrahi Güvenlik Kontrol Listesi; kontrol listesi sorumlusu tarafından anestezi verilmeden önce, ameliyat kesisinden önce ve hasta ameliyathaneden çıkmadan önce uygulanmalıdır.	
00	02	09	08	03	H	Cerrahi Güvenlik Kontrol Listesi hasta dosyasında saklanmalıdır.	
00	**02**	**09**	**09**	**00**		**Hasta yakınları için bekleme alanları düzenlenmelidir.**	**10**
00	02	09	09	01		Bekleme alanlarında, oturma alanları bulunmalıdır.	
00	02	09	09	02		Bekleme alanları temiz olmalıdır.	
00	02	09	09	03		Bekleme alanlarında iklimlendirme sağlanmalıdır.	
00	02	09	09	04		Hasta yakınlarının bilgi alabilmelerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	
00	**01**	**01**	**09**	**00**		**İlaç ve kit muhafaza edilen buzdolaplarının sıcaklık takipleri yapılmalıdır.**	**10**
00	01	01	09	01		Buzdolaplarının içinde bulunan malzemelere göre sıcaklık takibi yapılmalıdır.	

00	**01**	**01**	**10**	**00**		**Hasta Başı Test Cihazlarının (HBTC) kullanımı düzenlenmelidir.**	**15**
00	01	01	10	01		**HBTC'nin kullanıldığı bölümlerde sorumlular belirlenmelidir.**	
00	01	01	10	02		**HBTC'nin envanteri tutulmalıdır.**	
00	01	01	10	03		**HBTC'nin bakımı ve temizliği yapılmalıdır.**	
00	01	01	10	04		**HBTC için kalibrasyon ve kalite kontrol testleri çalışılmalı ve kayıt altına alınmalı,**	
00	01	01	10	04		o Kalite kontrol sonuçlarında uygunsuzluk tespit edilmesi halinde düzeltici önleyici faaliyet başlatılmalıdır.	
00	01	01	10	05		**HBTC'yi kullanacak çalışanlara;** o Çalışılacak testlerin preanalitik, analitik ve postanalitik evrelerinde dikkat edilmesi gereken hususlar, o Kalibrasyon ve kalite kontrol sonuçlarının değerlendirilmesi, o Cihazın temizliği ve bakımı hakkında eğitim verilmelidir.	
00	01	01	10	06		**HBTC'de çalışılmış olan tüm test sonuçları, hasta dosyasına kayıt edilmelidir.**	
00	**01**	**01**	**21**	**00**	**H**	**Hasta kimliğinin doğrulanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**	**20**
00	01	01	21	01	H	**Yatışı yapılan her hastada beyaz renkli kimlik tanımlayıcı kullanılmalıdır.** o Alerjik hastalarda ise sadece kırmızı renkli kimlik tanımlayıcı kullanılmalı, o Hasta kimlik tanımlayıcı barkotlu olmalı, o Kimlik tanımlayıcıda; protokol numarası, hasta adı-soyadı, doğum tarihi (gün/ay/yıl) bilgileri yer almalı,	
00	01	01	21	02	H	**Tanı ve tedavi için yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanmalıdır.**	
00	01	01	21	04	H	**Doğum sırasında kız bebeklere pembe, erkek bebeklere mavi kimlik tanımlayıcı kullanılmalıdır.** o Aynı seri numaralı anne-bebek kimlik tanımlayıcısı kullanılmalı, o Annedeki beyaz kimlik tanımlayıcı bebeğin cinsiyetine göre belirlenen kimlik tanımlayıcı ile değiştirilmeli, o Bebeğin kimlik tanımlayıcısında; annenin adı-soyadı, bebeğin doğum tarihi (gün/ay/yıl) bilgileri ve anne veya bebeğin protokol numarası bulunmalıdır.	
00	01	01	21	05	H	**Sağlık çalışanları, hasta kimlik tanımlayıcıların kullanımı ve hasta kimliğinin doğrulanması konusunda eğitilmelidir.**	

00	**01**	**01**	**25**	**00**	**H**	**İlaçların karışmasını engellemeye yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	25	01	H	**İlaç isimleri kısaltılarak yazılmamalıdır.**	
00	01	01	25	02	H	**Yazılışı, okunuşu, ambalajı birbirine benzeyen ilaçların listeleri hazırlanmalı,** o Listeler kullanım alanında bulunmalıdır.	
00	01	01	25	03	H	**Yazılışı, okunuşu, ambalajı birbirine benzeyen ilaçların dolaplardaki yerleşimi ayrı raflarda yapılmalıdır.**	
00	**01**	**01**	**26**	**00**	**H**	**Pediatrik dozda kullanılacak ilaçlara yönelik tedbirler alınmalıdır.**	**15**
00	01	01	26	01	H	**Pediatrik dozdaki ilaçların listeleri ilgili bölümde bulunmalıdır.**	
00	01	01	26	02	H	**Pediatrik dozdaki ilaçların dolaplardaki yerleşimi diğer ilaçlardan ayrı raflarda yapılmalıdır.**	
00	01	01	26	03	H	**Acil kullanılabilecek pediatrik ilaçların kilograma göre dozları listelenmeli,** o Listeler ilgili bölümde bulunmalıdır.	
00	**01**	**01**	**27**	**00**		**Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**10**
00	01	01	27	01		**Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçlar kilitli alanlarda bulundurulmalıdır.**	
00	01	01	27	02		**Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçların devir teslimi yapılmalıdır. Devir teslim kayıtlarında;** o İlacın hangi hastaya kaç adet kullanıldığı, o İlacın kullanıldığı tarih, o İlacı kimin uyguladığı, o Kime kaç adet ilaç teslim edildiği,	
00	01	01	27	03		**Teslim alan ve teslim edenlerin imzaları kayıt edilmelidir**	
00	**01**	**01**	**28**	**00**		**Advers Etki Bildirimi ile ilgili düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	28	03		**Ciddi ve beklenmeyen advers etkiler farmakovijilans sorumlusuna bildirilmelidir.**	
00	**01**	**01**	**33**	**00**		**Kan ve/veya kan ürünleri için istem formu doldurulmalıdır.**	**10**
00	01	01	33	01		**Kan ve/veya kan ürünleri istem formunda;** o Hastanın; » Adı ve soyadı, » Protokol numarası, » Tedavi gördüğü bölüm, » Tanısı, » Kan grubu, » Transfüzyon endikasyonu,	

						o Hastaya daha önce transfüzyon yapılıp yapılmadığı, o Hasta kadın ise daha önce doğum yapıp yapmadığı, o Kan ve/veya kan ürününün istem gerekçesi, o Hazırlanacak kan ve/veya kan ürününün türü ve miktarı, o Planlanan veriliş süresi, o Hekim kaşesi ve imzası yer almalıdır.	
00	**01**	**01**	**34**	**00**	**H**	**Transfüzyon sürecinin güvenliğini sağlamaya yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	34	01	H	**Transfüzyon öncesi, çapraz karşılaştırma test sonucu ile hasta bilgileri iki sağlık çalışanı tarafından doğrulanmalıdır.**	
00	01	01	34	02	H	**Transfüzyondan hemen önce, iki sağlık çalışanı tarafından;** o Hastanın kimliği, o Kan ve/veya kan ürününün türü ve miktarı, o Ürünün planlanan veriliş süresi doğrulanmalıdır.	
00	**01**	**01**	**36**	**00**		**Hastanın güvenli transferi sağlanmalıdır.**	**15**
00	**01**	**01**	**45**	**00**	**Ç**	**Çalışanlar tarafından kişisel koruyucu ekipman kullanılmalıdır.**	**15**
00	01	01	45	01	Ç	**Bölüm bazında kullanılması gereken kişisel koruyucu ekipman belirlenmelidir.**	
00	01	01	45	02	Ç	**Kişisel koruyucu ekipman çalışma alanlarında ulaşılabilir olmalıdır.**	
00	01	01	45	03	Ç	**Kişisel koruyucu ekipman kullanımı konusunda çalışanlara eğitim verilmelidir.**	
00	**01**	**01**	**52**	**00**	**H**	**Tıbbi cihazların yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	52	02	H	**Tıbbi cihazların bölüm bazında envanteri bulunmalıdır.**	
00	01	01	52	03	H	**Tıbbi cihazların bakım, onarım, ölçme, ayar ve kalibrasyonlarına yönelik plan bulunmalı,** o Plan dahilinde cihazların ölçme, ayar ve kalibrasyonları yapılmalıdır.	
00	01	01	52	04	H	**Kalibrasyonu yapılan cihazların kalibrasyon etiketi bulunmalıdır. Etikette;** o Kalibrasyonu yapan firmanın adı, o Kalibrasyon tarihi, o Geçerlilik süresi, o Sertifika numarası bulunmalıdır.	
00	**01**	**01**	**53**	**00**		**Hastanenin temizliğine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**

00	01	01	53	01		**Bölüm bazında temizlik planı bulunmalıdır.**	
00	01	01	53	02		**Risk düzeylerine göre temizlik kuralları belirlenmelidir.**	
00	01	01	53	03		**Temizlik malzemeleri ve malzemelerin kullanımı ile ilgili kurallar belirlenmelidir.**	
00	01	01	53	04		**Tüm kapalı ve açık alanların temizlikleri kontrol edilmelidir.** o Kontrol aralıkları, o Kontrol sorumluları belirlenmelidir.	
00	**01**	**01**	**55**	**00**		**Kişisel temizlik alanlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	55	01		**Kişisel temizlik alanlarının kapıları dışarı doğru açılmalıdır.**	
00	01	01	55	02		**Kişisel temizlik alanlarının temizliği sağlanmalıdır.**	
00	01	01	55	03		**Kişisel temizlik alanlarında temizlik malzemeleri bulundurulmalı,** o Sıvı sabun, kâğıt havlu, tuvalet kâğıdı ve poşetli çöp kutusu bulundurulmalıdır.	
00	01	01	55	04		**Sıvı sabun kaplarının üstüne ekleme yapılmamalı,** o Boşalan sabunluk yıkanıp iyice kurutulduktan sonra tekrar doldurulmalıdır.	
00	**01**	**03**	**06**	**00**		**El hijyenini sağlamaya yönelik malzeme bulunmalıdır.**	**15**
00	01	03	06	01		**Sağlık hizmeti sunulan alanlarda alkol bazlı el antiseptikleri bulunmalıdır.**	
00	**01**	**08**	**04**	**00**		**Atıkların kaynağında ayrıştırılmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	08	04	01		**Her bölüm için atıklar belirlenmelidir.**	
00	01	08	04	02		**Uygun atık kutuları kullanılmalıdır.**	

YOĞUN BAKIM HİZMETLERİ

Revizyon	Dikey Boyut	Bölüm No	Standart No	Değerlendirme Ölçütü	Yatay Boyut	STANDARTLAR	Puan
00	02	10				YOĞUN BAKIM HİZMETLERİ	510
00	02	10	01	00		Yoğun bakım ünitelerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	15
00	02	10	01	01		Yoğun bakım ünitelerinin giriş-çıkış kuralları belirlenmelidir.	
00	02	10	01	02		Tüm yüzeyleri pürüzsüz, yuvarlak köşeli, gözeneksiz, kolay temizlenebilir, dezenfekte edilebilir ve derzsiz malzeme ile kaplanmış olmalıdır.	
00	02	10	01	03		Her yatağın başında tıbbi gaz sistemine bağlı hasta başı paneli bulunmalıdır.	
00	02	10	01	04		Her ventilatörlü yatak başında bir adet balon-valf-maske sistemi bulunmalıdır.	
00	02	10	01	05		Lavabo bulunmalıdır.	
00	02	10	01	06		Sterilizasyon şartlarını sağlayacak şekilde hepafiltre veya benzeri mikroorganizmaları süzebilen ve tutabilen havalandırma sistemi bulunmalıdır.	
00	02	10	01	07		Sıcaklık 21-24 ^{0}C, nem oranının %30-%60 arasında olması sağlanmalıdır.	
00	02	10	01	08		Hastaların sağlık çalışanı tarafından sürekli gözetim ve izlenmesine uygun olarak düzenlenmelidir.	
00	02	10	02	00		Yoğun bakım ünitelerinin işleyişine ilişkin yazılı düzenleme bulunmalıdır.	5
00	02	10	02	01		Yazılı düzenleme; o Genel işleyişi, » Hastanın kabulünü, » Hastanın rızasının alınmasını, » Hastanın naklini, » Hastanın taburculuğunda yapılan işlemleri,	

						o Klinik süreçleri; » Monitorizasyonu, » Ventilatördeki hastanın izlemini, » Sedasyon ve analjezi uygulamasını, » Ventilatörden ayırmayı, » Skorlama sistemleri ile hastaların takibini, » Bası yarası takibini, » Enfeksiyonların kontrolü ve izlenmesini kapsamalıdır.	
00	**02**	**10**	**03**	**00**		**Hastaların nakil sürecine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	02	10	03	01		**Hastaların nakil süreci için;** o Transport ventilatörü, o Transport monitörü, o Oksijen tüpü, o Entübasyon seti, o Balon-valf-maske sistemi bulunmalıdır.	
00	**02**	**10**	**04**	**00**		**Hasta yakınları için bekleme alanları bulunmalıdır.**	**10**
00	02	10	04	01		**Bekleme alanlarında oturma alanları bulunmalıdır.**	
00	02	10	04	02		**Bekleme alanları temiz olmalıdır.**	
00	02	10	04	03		**Bekleme alanlarında iklimlendirme sağlanmalıdır.**	
00	**02**	**10**	**05**	**00**		**Hasta yakınlarının bilgilendirilmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**10**
00	02	10	05	01		**Hasta yakını,** o Hastanın ilk kabulünde, o Her gün ve gerektikçe bilgilendirilmelidir.	
00	02	10	05	02		**Bilgilendirme için, hekim ile hasta yakınının karşılıklı oturabileceği şekilde düzenlenmiş bir alan olmalıdır.**	
00	02	10	05	03		**Bilgilendirme hekim tarafından yapılmalıdır.**	
00	02	10	05	04		**Bilgilendirme;** o Hastanın genel durumunu, o Tedavi sürecini kapsamalıdır.	
00	**02**	**10**	**06**	**00**		**Hasta ziyaretleri için düzenleme yapılmalıdır.**	**10**
00	02	10	06	01		**Hasta ziyaretleri, ziyaretçi sayısı ve ziyaret sıklığı hekim tarafından belirlenmek kaydı ile günde en az bir kez olmak üzere planlanmalıdır.**	

00	02	10	06	02		**Ziyaretçiler, uymaları gereken kurallar konusunda bilgilendirilmelidir.**	
00	02	10	06	03		**Ziyaretçilerin yeterli el hijyeni uygulaması yaparak girişleri sağlanmalıdır.**	
00	**02**	**10**	**07**	**00**		**Hastalar, hastalık şiddetini belirleyen skorlama sistemleri ile değerlendirilmelidir.**	**20**
00	02	10	07	01		**Yetişkinlerde APACHE II, SAPS II; çocuk yoğun bakımlarında PRISM skorlaması gibi sistemler kullanılmalı,** o Tahmini mortalite oranı ile gerçekleşen mortalite oranları karşılaştırılmalıdır.	
00	**01**	**01**	**09**	**00**		**İlaç ve kit muhafaza edilen buzdolaplarının sıcaklık takipleri yapılmalıdır.**	**10**
00	01	01	09	01		**Buzdolaplarının içinde bulunan malzemelere göre sıcaklık takibi yapılmalıdır.**	
00	**01**	**01**	**10**	**00**		**Hasta Başı Test Cihazlarının (HBTC) kullanımı düzenlenmelidir.**	**15**
00	01	01	10	01		**HBTC'nin kullanıldığı bölümlerde sorumlular belirlenmelidir.**	
00	01	01	10	02		**HBTC'nin envanteri tutulmalıdır.**	
00	01	01	10	03		**HBTC'nin bakımı ve temizliği yapılmalıdır.**	
00	01	01	10	04		**HBTC için kalibrasyon ve kalite kontrol testleri çalışılmalı ve kayıt altına alınmalı,** o Kalite kontrol sonuçlarında uygunsuzluk tespit edilmesi halinde düzeltici önleyici faaliyet başlatılmalıdır.	
00	01	01	10	05		**HBTC'yi kullanacak çalışanlara;** o Çalışılacak testlerin preanalitik, analitik ve postanalitik evrelerinde dikkat edilmesi gereken hususlar, o Kalibrasyon ve kalite kontrol sonuçlarının değerlendirilmesi, o Cihazın temizliği ve bakımı hakkında eğitim verilmelidir.	
00	01	01	10	06		**HBTC'de çalışılmış olan tüm test sonuçları, hasta dosyasına kayıt edilmelidir.**	
00	**01**	**01**	**21**	**00**	**H**	**Hasta kimliğinin doğrulanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**	**20**
00	01	01	21	01	H	**Yatışı yapılan her hastada beyaz renkli kimlik tanımlayıcı kullanılmalıdır.** o Alerjik hastalarda ise sadece kırmızı renkli kimlik tanımlayıcı kullanılmalı, o Hasta kimlik tanımlayıcı barkotlu olmalı, o Kimlik tanımlayıcıda; protokol numarası, hasta adı-soyadı, doğum tarihi (gün/ay/yıl) bilgileri yer almalı,	

00	01	01	21	02	H	Tanı ve tedavi için yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanmalıdır.	
00	01	01	21	05	H	Sağlık çalışanları, hasta kimlik tanımlayıcıların kullanımı ve hasta kimliğinin doğrulanması konusunda eğitilmelidir.	
00	**01**	**01**	**23**	**00**	**H**	**Hastanın beraberinde getirdiği ilaçların yönetimine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.**	**15**
00	01	01	23	01	H	Hastanın beraberinde getirdiği ilaçlar hemşire tarafından teslim alınmalıdır.	
00	01	01	23	02	H	Teslim alınan ilaçların miat kontrolü yapılmalıdır.	
00	01	01	23	03	H	Hastanın beraberinde getirdiği ilaçlar hekimi tarafından kontrol edilmelidir.	
00	01	01	23	04	H	Hastanın beraberinde getirdiği ilaçlar hemşire tarafından uygulanmalıdır.	
00	**01**	**01**	**24**	**00**	**H**	**İlaçların güvenli uygulanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	24	01	H	İlaçlar, kapalı kaplarda ve kişiye özel olarak hazırlanmalı, o Kaplarda hastaların kimlik tanımlayıcı bilgileri bulunmalıdır.	
00	01	01	24	02	H	Tedavi planı hekim tarafından yazılmalı, kaşelenmeli ve imzalanmalı, o Tedavi planı; ilacın tam adını, uygulama zamanını ve dozunu, uygulama şeklini ve veriliş süresini içermelidir.	
00	01	01	24	03	H	Hemşire hekimin tedavi planını hemşire gözlem formuna kaydetmelidir.	
00	01	01	24	04	H	Tedavi sürecindeki ilaçlar hastaya hemşire tarafından uygulanmalı, o Stajyerlerin ilaç uygulamaları da hemşire gözetiminde olmalıdır.	
00	**01**	**01**	**25**	**00**	**H**	**İlaçların karışmasını engellemeye yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	25	01	H	İlaç isimleri kısaltılarak yazılmamalıdır.	
00	01	01	25	02	H	Yazılışı, okunuşu, ambalajı birbirine benzeyen ilaçların listeleri hazırlanmalı, o Listeler kullanım alanında bulunmalıdır.	
00	01	01	25	03	H	Yazılışı, okunuşu, ambalajı birbirine benzeyen ilaçların dolaplardaki yerleşimi ayrı raflarda yapılmalıdır.	
00	**01**	**01**	**26**	**00**	**H**	**Pediatrik dozda kullanılacak ilaçlara yönelik tedbirler alınmalıdır.**	**15**
00	01	01	26	01	H	Pediatrik dozdaki ilaçların listeleri ilgili bölümde bulunmalıdır.	
00	01	01	26	02	H	Pediatrik dozdaki ilaçların dolaplardaki yerleşimi diğer ilaçlardan ayrı raflarda yapılmalıdır.	

00	01	01	26	03	H	**Acil kullanılabilecek pediatrik ilaçların kilograma göre dozları listelenmeli,** o Listeler ilgili bölümde bulunmalıdır.	
00	**01**	**01**	**27**	**00**		**Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**10**
00	01	01	27	01		**Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçlar kilitli alanlarda bulundurulmalıdır.**	
00	01	01	27	02		**Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçların devir teslimi yapılmalıdır. Devir teslim kayıtlarında;** o İlacın hangi hastaya kaç adet kullanıldığı, o İlacın kullanıldığı tarih, o İlacı kimin uyguladığı, o Kime kaç adet ilaç teslim edildiği,	
00	01	01	27	03		**Teslim alan ve teslim edenlerin imzaları kayıt edilmelidir**	
00	**01**	**01**	**28**	**00**		**Advers Etki Bildirimi ile ilgili düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	28	03		**Ciddi ve beklenmeyen advers etkiler farmakovijilans sorumlusuna bildirilmelidir.**	
00	**01**	**01**	**31**	**00**	**H**	**Sözel istem uygulamasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	31	01	H	**Sözel istem uygulama sürecinde;** o İstem, istemi alan kişi tarafından yazılmalı, o Yazan kişi tarafından yazılı istem geri okunmalı, » Gerektiğinde verilen ilacın adı kodlama yöntemi ile tekrar edilmeli, o İstemi veren kişi tarafından istemin doğruluğu sözel olarak onaylanmalıdır.	
00	01	01	31	02	H	**Sözel istem en geç 24 saat içerisinde hekim tarafından tedavi planına yazılmalıdır.**	
00	01	01	31	03	H	**Sözel istem uygulaması hakkında hemşire ve hekimlere eğitim verilmelidir.**	
00	**01**	**01**	**33**	**00**		**Kan ve/veya kan ürünleri için istem formu doldurulmalıdır.**	**10**
00	01	01	33	01		**Kan ve/veya kan ürünleri istem formunda;** o Hastanın; » Adı ve soyadı, » Protokol numarası, » Tedavi gördüğü bölüm, » Tanısı, » Kan grubu, » Transfüzyon endikasyonu,	

						o Hastaya daha önce transfüzyon yapılıp yapılmadığı, o Hasta kadın ise daha önce doğum yapıp yapmadığı, o Kan ve/veya kan ürününün istem gerekçesi, o Hazırlanacak kan ve/veya kan ürününün türü ve miktarı, o Planlanan veriliş süresi, o Hekim kaşesi ve imzası yer almalıdır.	
00	**01**	**01**	**34**	**00**	**H**	**Transfüzyon sürecinin güvenliğini sağlamaya yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	34	01	H	**Transfüzyon öncesi, çapraz karşılaştırma test sonucu ile hasta bilgileri iki sağlık çalışanı tarafından doğrulanmalıdır.**	
00	01	01	34	02	H	**Transfüzyondan hemen önce, iki sağlık çalışanı tarafından;** o Hastanın kimliği, o Kan ve/veya kan ürününün türü ve miktarı, o Ürünün planlanan veriliş süresi doğrulanmalıdır.	
00	01	01	34	03	H	**Transfüzyonun ilk 15 dakikası sağlık çalışanı tarafından gözlenmelidir.**	
00	01	01	34	04	H	**Transfüzyon boyunca her 30 dakikada bir hastanın vital bulguları izlenmelidir.**	
00	**01**	**01**	**36**	**00**		**Hastanın güvenli transferi sağlanmalıdır.**	**15**
00	**01**	**01**	**38**	**00**	**H**	**Yatan hastaların düşmelerinin önlenmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**20**
00	01	01	38	01	H	**Yatan hasta, bölüme kabulünde düşme riski yönünden değerlendirilmeli,** o Değerlendirme, hastane tarafından belirlenen bir ölçekle yapılmalı, o Hastanın klinik durumuna göre düşme riski değerlendirmesi tekrarlanmalıdır.	
00	01	01	38	02	H	**Dü şme riski olan hastalar için, hastanın risk düzeyine yönelik önlemler alınmalıdır.**	
00	01	01	38	03	H	**Yatan hastalarda düşme olayı gerçekleştiğinde kalite yönetim birimine bildirim yapılmalı,** o Olay ile ilgili gerekli düzeltici önleyici çalışmalar başlatılmalıdır.	
00	**01**	**01**	**39**	**00**		**Yatan hastalarda hareket kısıtlamasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**10**

00	01	01	39	01		**Hareket kısıtlama kararı hekim tarafından verilmeli,** o Hareket kısıtlama kararı tedavi planında yer almalı, o Tedavi planında; » Uygulamanın başladığı tarih ve saat, » Uygulamanın hangi aralıklarla kontrol edileceği, » Uygulamanın sonlandırıldığı tarih ve saat belirtilmelidir.	
00	01	01	39	02		**Kısıtlılığın devamı ile ilgili karar en geç 24 saatte bir gözden geçirilmelidir.**	
00	**01**	**01**	**45**	**00**	**Ç**	**Çalışanlar tarafından kişisel koruyucu ekipman kullanılmalıdır.**	**15**
00	01	01	45	01	Ç	**Bölüm bazında kullanılması gereken kişisel koruyucu ekipman belirlenmelidir.**	
00	01	01	45	02	Ç	**Kişisel koruyucu ekipman çalışma alanlarında ulaşılabilir olmalıdır.**	
00	01	01	45	03	Ç	**Kişisel koruyucu ekipman kullanımı konusunda çalışanlara eğitim verilmelidir.**	
00	**01**	**01**	**51**	**00**		**Acil müdahale seti bulunmalıdır.**	**15**
00	01	01	51	01		**Sağlık hizmeti sunum alanlarında acil müdahale seti bulunmalıdır.**	
00	01	01	51	02		**Bölümler acil müdahale setinde bulunması gereken ilaç, malzeme ve cihazları belirlemelidir.**	
00	01	01	51	03		**İlaç ve malzemelerin minimum ve maksimum stok seviyeleri belirlenmelidir.**	
00	01	01	51	04		**Minimum ve maksimum stok seviyeleri takip edilmelidir.**	
00	01	01	51	05		**İlaç ve malzemelerin miat takibi yapılmalıdır.**	
00	**01**	**01**	**52**	**00**	**H**	**Tıbbi cihazların yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	52	02	H	**Tıbbi cihazların bölüm bazında envanteri bulunmalıdır.**	
00	01	01	52	03	H	**Tıbbi cihazların bakım, onarım, ölçme, ayar ve kalibrasyonlarına yönelik plan bulunmalı,** o Plan dahilinde cihazların ölçme, ayar ve kalibrasyonları yapılmalıdır.	
00	01	01	52	04	H	**Kalibrasyonu yapılan cihazların kalibrasyon etiketi bulunmalıdır. Etikette;** o Kalibrasyonu yapan firmanın adı, o Kalibrasyon tarihi, o Geçerlilik süresi, o Sertifika numarası bulunmalıdır.	

00	**01**	**01**	**53**	**00**		**Hastanenin temizliğine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	53	01		**Bölüm bazında temizlik planı bulunmalıdır.**	
00	01	01	53	02		**Risk düzeylerine göre temizlik kuralları belirlenmelidir.**	
00	01	01	53	03		**Temizlik malzemeleri ve malzemelerin kullanımı ile ilgili kurallar belirlenmelidir.**	
00	01	01	53	04		**Tüm kapalı ve açık alanların temizlikleri kontrol edilmelidir.** o Kontrol aralıkları, o Kontrol sorumluları belirlenmelidir.	
00	**01**	**01**	**55**	**00**		**Kişisel temizlik alanlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	55	01		**Kişisel temizlik alanlarının kapıları dışarı doğru açılmalıdır.**	
00	01	01	55	02		**Kişisel temizlik alanlarının temizliği sağlanmalıdır.**	
00	01	01	55	03		**Kişisel temizlik alanlarında temizlik malzemeleri bulundurulmalı,** o Sıvı sabun, kâğıt havlu, tuvalet kâğıdı ve poşetli çöp kutusu bulundurulmalıdır.	
00	01	01	55	04		**Sıvı sabun kaplarının üstüne ekleme yapılmamalı,** o Boşalan sabunluk yıkanıp iyice kurutulduktan sonra tekrar doldurulmalıdır.	
00	**01**	**01**	**63**	**00**	**H**	**Riskli girişimsel işlemler öncesinde hasta bilgilendirilmeli ve rızası alınmalıdır.**	**20**
00	**01**	**01**	**64**	**00**		**Hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik düzenlemeler bulunmalıdır.**	**10**
00	**01**	**01**	**66**	**00**		**Hasta yatakları kullanıma hazır olmalıdır.**	**10**
00	01	01	66	01		**Çarşaf, nevresim ve yastık kılıfları temiz ve ütülü olmalıdır.**	
00	01	01	66	02		**Çarşaf, nevresim ve yastık kılıfı her gün ve gerektiğinde değiştirilmelidir.**	
00	**01**	**02**	**02**	**00**		**Hastanın bölüme kabulünde genel durumu değerlendirilmelidir.**	**15**
00	**01**	**02**	**03**	**00**		**Hasta gereksinimleri doğrultusunda hemşire bakım planı düzenlenmelidir.**	**15**
00	01	02	03	01		**Hemşire bakım planı hekim tedavi planı ile koordineli olmalıdır.**	
00	01	02	03	02		**Hemşire bakım planına;** o Hastanın bakım gereksinimleri, o Bakım gereksinimlerine yönelik hedefler, o Bakım gereksinimlerine yönelik uygulamalar, o Uygulama sonuçlarının değerlendirilmesi kayıt edilmelidir.	

00	**01**	**02**	**04**	**00**		**Hemşire nöbet teslimlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**10**
00	01	02	04	01		**Nöbet teslimleri,** o Nöbeti devreden ve devralan hemşireler arasında yapılmalı, o Önce deskte, sonra hasta başında yapılmalı, o Hasta bakım sürecindeki bilgileri kapsamalıdır.	
00	**01**	**03**	**03**	**00**	**G**	**İzolasyon önlemleriyle ilgili düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	03	03	01	G	**Enfekte veya kolonize hastalara yönelik izolasyon önlemleri alınmalıdır.**	
00	**01**	**03**	**06**	**00**		**El hijyenini sağlamaya yönelik malzeme bulunmalıdır.**	**15**
00	01	03	06	01		**Sağlık hizmeti sunulan alanlarda alkol bazlı el antiseptikleri bulunmalıdır.**	
00	01	03	06	02		**Her yatak başında alkol bazlı el antiseptik solüsyonları bulunmalıdır.**	
00	**01**	**08**	**04**	**00**		**Atıkların kaynağında ayrıştırılmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	08	04	01		**Her bölüm için atıklar belirlenmelidir.**	
00	01	08	04	02		**Uygun atık kutuları kullanılmalıdır.**	
00	**01**	**01**	**69**	**00**		**Laboratuvara gönderilecek örneklere yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**10**
00	01	01	69	01		**Örnekler için bölüm bazında örnek toplama alanı belirlenmelidir.** o Örnekler düzenli bir şekilde muhafaza edilmelidir.	

YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM HİZMETLERİ

Revizyon	Dikey Boyut	Bölüm No	Standart No	Değerlendirme Ölçütü	Yatay Boyut	STANDARTLAR	Puan
00	02	11				YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM HİZMETLERİ	460
00	02	11	01	00		Yenidoğan yoğun bakım ünitesi için düzenleme yapılmalıdır.	15
00	02	11	01	01		Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin giriş-çıkış kuralları belirlenmelidir.	
00	02	11	01	02		Tüm yüzeyleri pürüzsüz, yuvarlak köşeli, gözeneksiz, kolay temizlenebilir, dezenfekte edilebilir ve derzsiz malzeme ile kaplanmış olmalı,	
00	02	11	01	03		Her yatağın başında tıbbi gaz sistemine bağlı hasta başı paneli bulunmalıdır.	
00	02	11	01	04		Her ventilatörlü küvöz başında bir adet balon-valf-maske sistemi bulunmalıdır.	
00	02	11	01	05		Lavabo bulunmalıdır.	
00	02	11	01	06		Sterilizasyon şartlarını sağlayacak şekilde hepafiltre veya benzeri mikroorganizmaları süzebilen ve tutabilen havalandırma sistemi bulunmalıdır.	
00	02	11	01	07		Sıcaklığın 24-27 ^{0}C, nem oranının %30-%60 arasında olması sağlanmalıdır.	
00	02	11	01	08		Bebeklerin sağlık çalışanı tarafından sürekli gözetim ve izlenmesine uygun olarak düzenlenmelidir.	
00	02	11	01	09		Ventilatörlü transport kuvözü bulunmalıdır.	
00	02	11	01	10		Parçalı canlandırıcı bulunmalıdır.	
00	02	11	01	11		Yoğun fototerapi cihazı (>25 µW/cm^2/nm) bulunmalıdır.	
00	02	11	02	00		Ünitenin işleyişi ile ilgili yazılı düzenleme bulunmalıdır.	5
00	02	11	02	01		Yazılı düzenleme; o Genel işleyişi, » Bebeğin kabulünü, » Bebeğin naklini, » Bebeğin taburculuğunda yapılan işlemleri,	

						o Klinik süreçleri; » Monitorizasyonu, » Ventilatördeki bebeğin izlemini, » Sedasyon ve analjezi uygulamasını, » Ventilatörden ayırmayı, » Skorlama sistemleri ile bebeğin takibini, » Enfeksiyonların kontrolü ve izlenmesini kapsamalıdır.	
00	**02**	**11**	**03**	**00**		**Bebeklerin beslenmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	02	11	03	01		**Bebeklerin anne sütü ile beslenmesine yönelik annelere eğitim verilmelidir.**	
00	02	11	03	02		**Anne sütü ile beslenmenin sağlanması için ayrı bir alan bulunmalıdır. Bu alanda;** o Annenin rahat oturacağı koltuk, o El hijyeni için lavabo, sıvı sabun, kağıt havlu ve alkol bazlı el antiseptiği bulunmalıdır.	
00	02	11	03	03		**Besin hazırlamak için ayrı bir alan bulunmalı,** o Alan içinde compounder ve laminar akımlı sistem olmalı, o Biberonların sterilizasyonu sağlanmalı, o Buzdolaplarının sıcaklık takipleri yapılmalıdır.	
00	**02**	**11**	**04**	**00**		**Yenidoğanın korunmasına yönelik önlemler alınmalıdır.**	**15**
00	02	11	04	01		**Fototerapi alan bebeklerde ısı monitorizasyonu yapılmalıdır.**	
00	02	11	04	02		**Farklı boyutlarda fototerapi göz bandı bulunmalıdır.**	
00	02	11	04	03		**Röntgen çekiminde genital koruyucu kullanılmalıdır.**	
00	02	11	04	04		**Oksijen tedavisinde küvöz içi oksijen konsantrasyonu kontrol edilmelidir.**	
00	02	11	04	05		**Küvözlerin günlük olarak temizliği yapılmalıdır.**	
00	**02**	**11**	**05**	**00**		**Bebek yakınları için bekleme alanları düzenlenmelidir.**	**10**
00	02	11	05	01		**Bekleme alanlarında oturma alanları bulunmalıdır.**	
00	02	11	05	02		**Bekleme alanları temiz olmalıdır.**	
00	02	11	05	03		**Bekleme alanlarında iklimlendirme sağlanmalıdır.**	
00	**02**	**11**	**06**	**00**		**Bebek yakınlarının bilgilendirilmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**10**
00	02	11	06	01		**Bebek yakını,** o Bebeğin ilk kabulünde, o Her gün ve gerektikçe bilgilendirmelidir.	

00	02	11	06	02		**Bilgilendirme için hekim ile bebek yakınının karşılıklı oturabileceği şekilde düzenlenmiş bir alan olmalıdır.**	
00	02	11	06	03		**Bilgilendirme hekim tarafından yapılmalıdır.**	
00	02	11	06	04		**Bilgilendirme;** o Bebeğin genel durumunu, o Tedavi sürecini kapsamalıdır.	
00	**02**	**11**	**07**	**00**		**Bebek ziyaretleri için düzenleme yapılmalıdır.**	**10**
00	02	11	07	01		**Ziyaret sıklığı günde en az iki kez olmak üzere planlanmalıdır.**	
00	02	11	07	02		**Ziyaretçiler, uymaları gereken kurallar konusunda bilgilendirilmelidir.**	
00	02	11	07	03		**Ziyaretçilerin el hijyeni uygulaması yaparak girişleri sağlanmalıdır.**	
00	**02**	**11**	**08**	**00**		**Bebekler, hastalık şiddetini belirleyen skorlama sistemleri ile değerlendirilmelidir.**	**20**
00	02	11	08	01		**Yeni doğanlar için Score for Neonatal Acute Physiology- Perinatal Extension-II (SNAP-PE-II) ve Clinical Risk Index for Babies (CRIB) gibi skorlama sistemleri kullanılmalı,** o Tahmini mortalite oranı ile gerçekleşen mortalite oranları karşılaştırılmalıdır.	
00	**01**	**01**	**09**	**00**		**İlaç ve kit muhafaza edilen buzdolaplarının sıcaklık takipleri yapılmalıdır.**	**10**
00	01	01	09	01		**Buzdolaplarının içinde bulunan malzemelere göre sıcaklık takibi yapılmalıdır.**	
00	**01**	**01**	**10**	**00**		**Hasta Başı Test Cihazlarının (HBTC) kullanımı düzenlenmelidir.**	**15**
00	01	01	10	01		**HBTC'nin kullanıldığı bölümlerde sorumlular belirlenmelidir.**	
00	01	01	10	02		**HBTC'nin envanteri tutulmalıdır.**	
00	01	01	10	03		**HBTC'nin bakımı ve temizliği yapılmalıdır.**	
00	01	01	10	04		**HBTC için kalibrasyon ve kalite kontrol testleri çalışılmalı ve kayıt altına alınmalı,** o Kalite kontrol sonuçlarında uygunsuzluk tespit edilmesi halinde düzeltici önleyici faaliyet başlatılmalıdır.	
00	01	01	10	05		**HBTC'yi kullanacak çalışanlara;** o Çalışılacak testlerin preanalitik, analitik ve postanalitik evrelerinde dikkat edilmesi gereken hususlar, o Kalibrasyon ve kalite kontrol sonuçlarının değerlendirilmesi, o Cihazın temizliği ve bakımı hakkında eğitim verilmelidir.	
00	01	01	10	06		**HBTC'de çalışılmış olan tüm test sonuçları, hasta dosyasına kayıt edilmelidir.**	

00	**01**	**01**	**21**	**00**	**H**	**Hasta kimliğinin doğrulanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**	**20**
00	01	01	21	01	H	**Yatışı yapılan her hastada beyaz renkli kimlik tanımlayıcı kullanılmalıdır.** o Alerjik hastalarda ise sadece kırmızı renkli kimlik tanımlayıcı kullanılmalı, o Hasta kimlik tanımlayıcı barkotlu olmalı, o Kimlik tanımlayıcıda; protokol numarası, hasta adı-soyadı, doğum tarihi (gün/ay/yıl) bilgileri yer almalı,	
00	01	01	21	02	H	**Tanı ve tedavi için yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanmalıdır.**	
00	01	01	21	05	H	**Sağlık çalışanları, hasta kimlik tanımlayıcıların kullanımı ve hasta kimliğinin doğrulanması konusunda eğitilmelidir.**	
00	**01**	**01**	**24**	**00**	**H**	**İlaçların güvenli uygulanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	24	01	H	**İlaçlar, kapalı kaplarda ve kişiye özel olarak hazırlanmalı,** o Kaplarda hastaların kimlik tanımlayıcı bilgileri bulunmalıdır.	
00	01	01	24	02	H	**Tedavi planı hekim tarafından yazılmalı, kaşelenmeli ve imzalanmalı,** o Tedavi planı; ilacın tam adını, uygulama zamanını ve dozunu, uygulama şeklini ve veriliş süresini içermelidir.	
00	01	01	24	03	H	**Hemşire hekimin tedavi planını hemşire gözlem formuna kaydetmelidir.**	
00	01	01	24	04	H	**Tedavi sürecindeki ilaçlar hastaya hemşire tarafından uygulanmalı,** o Stajyerlerin ilaç uygulamaları da hemşire gözetiminde olmalıdır.	
00	**01**	**01**	**25**	**00**	**H**	**İlaçların karışmasını engellemeye yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	25	01	H	**İlaç isimleri kısaltılarak yazılmamalıdır.**	
00	01	01	25	02	H	**Yazılışı, okunuşu, ambalajı birbirine benzeyen ilaçların listeleri hazırlanmalı,** o Listeler kullanım alanında bulunmalıdır.	
00	01	01	25	03	H	**Yazılışı, okunuşu, ambalajı birbirine benzeyen ilaçların dolaplardaki yerleşimi ayrı raflarda yapılmalıdır.**	
00	**01**	**01**	**26**	**00**	**H**	**Pediatrik dozda kullanılacak ilaçlara yönelik tedbirler alınmalıdır.**	**15**
00	01	01	26	01	H	**Pediatrik dozdaki ilaçların listeleri ilgili bölümde bulunmalıdır.**	
00	01	01	26	02	H	**Pediatrik dozdaki ilaçların dolaplardaki yerleşimi diğer ilaçlardan ayrı raflarda yapılmalıdır.**	
00	01	01	26	03	H	**Acil kullanılabilecek pediatrik ilaçların kilograma göre dozları listelenmeli,** o Listeler ilgili bölümde bulunmalıdır.	

00	**01**	**01**	**27**	**00**		**Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**10**
00	01	01	27	01		**Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçlar kilitli alanlarda bulundurulmalıdır.**	
00	01	01	27	02		**Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçların devir teslimi yapılmalıdır. Devir teslim kayıtlarında;** o İlacın hangi hastaya kaç adet kullanıldığı, o İlacın kullanıldığı tarih, o İlacı kimin uyguladığı, o Kime kaç adet ilaç teslim edildiği,	
00	01	01	27	03		**Teslim alan ve teslim edenlerin imzaları kayıt edilmelidir**	
00	**01**	**01**	**28**	**00**		**Advers Etki Bildirimi ile ilgili düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	28	03		**Ciddi ve beklenmeyen advers etkiler farmakovijilans sorumlusuna bildirilmelidir.**	
00	**01**	**01**	**31**	**00**	**H**	**Sözel istem uygulamasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	31	01	H	**Sözel istem uygulama sürecinde;** o İstem , istemi alan kişi tarafından yazılmalı, o Yazan kişi tarafından yazılı istem geri okunmalı, » Gerektiğinde verilen ilacın adı kodlama yöntemi ile tekrar edilmeli, o İstemi veren kişi tarafından istemin doğruluğu sözel olarak onaylanmalıdır.	
00	01	01	31	02	H	**Sözel istem en geç 24 saat içerisinde hekim tarafından tedavi planına yazılmalıdır.**	
00	01	01	31	03	H	**Sözel istem uygulaması hakkında hemşire ve hekimlere eğitim verilmelidir.**	
00	**01**	**01**	**33**	**00**		**Kan ve/veya kan ürünleri için istem formu doldurulmalıdır.**	**10**
00	01	01	33	01		**Kan ve/veya kan ürünleri istem formunda;** o Hastanın; » Adı ve soyadı, » Protokol numarası, » Tedavi gördüğü bölüm, » Tanısı, » Kan grubu, » Transfüzyon endikasyonu,	

						o Hastaya daha önce transfüzyon yapılıp yapılmadığı, o Kan ve/veya kan ürününün istem gerekçesi, o Hazırlanacak kan ve/veya kan ürününün türü ve miktarı, o Planlanan veriliş süresi, o Hekim kaşesi ve imzası yer almalıdır.	
00	**01**	**01**	**34**	**00**	**H**	**Transfüzyon sürecinin güvenliğini sağlamaya yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	34	01	H	**Transfüzyon öncesi, çapraz karşılaştırma test sonucu ile hasta bilgileri iki sağlık çalışanı tarafından doğrulanmalıdır.**	
00	01	01	34	02	H	**Transfüzyondan hemen önce, iki sağlık çalışanı tarafından;** o Hastanın kimliği, o Kan ve/veya kan ürününün türü ve miktarı, o Ürünün planlanan veriliş süresi doğrulanmalıdır.	
00	01	01	34	03	H	**Transfüzyonun ilk 15 dakikası sağlık çalışanı tarafından gözlenmelidir.**	
00	01	01	34	04	H	**Transfüzyon boyunca her 30 dakikada bir hastanın vital bulguları izlenmelidir.**	
00	**01**	**01**	**36**	**00**		**Hastanın güvenli transferi sağlanmalıdır.**	**15**
00	**01**	**01**	**45**	**00**	**Ç**	**Çalışanlar tarafından kişisel koruyucu ekipman kullanılmalıdır.**	**15**
00	01	01	45	01	Ç	**Bölüm bazında kullanılması gereken kişisel koruyucu ekipman belirlenmelidir.**	
00	01	01	45	02	Ç	**Kişisel koruyucu ekipman çalışma alanlarında ulaşılabilir olmalıdır.**	
00	01	01	45	03	Ç	**Kişisel koruyucu ekipman kullanımı konusunda çalışanlara eğitim verilmelidir.**	
00	**01**	**01**	**51**	**00**		**Acil müdahale seti bulunmalıdır.**	**15**
00	01	01	51	01		**Sağlık hizmeti sunum alanlarında acil müdahale seti bulunmalıdır.**	
00	01	01	51	02		**Bölümler acil müdahale setinde bulunması gereken ilaç, malzeme ve cihazları belirlemelidir.**	
00	01	01	51	03		**İlaç ve malzemelerin minimum ve maksimum stok seviyeleri belirlenmelidir.**	
00	01	01	51	04		**Minimum ve maksimum stok seviyeleri takip edilmelidir.**	
00	01	01	51	05		**İlaç ve malzemelerin miat takibi yapılmalıdır.**	
00	**01**	**01**	**52**	**00**	**H**	**Tıbbi cihazların yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	52	02	H	**Tıbbi cihazların bölüm bazında envanteri bulunmalıdır.**	

00	01	01	52	03	H	**Tıbbi cihazların bakım, onarım, ölçme, ayar ve kalibrasyonlarına yönelik plan bulunmalı,** o Plan dahilinde cihazların ölçme, ayar ve kalibrasyonları yapılmalıdır.	
00	01	01	52	04	H	**Kalibrasyonu yapılan cihazların kalibrasyon etiketi bulunmalıdır. Etikette;** o Kalibrasyonu yapan firmanın adı, o Kalibrasyon tarihi, o Geçerlilik süresi, o Sertifika numarası bulunmalıdır.	
00	**01**	**01**	**53**	**00**		**Hastanenin temizliğine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	53	01		**Bölüm bazında temizlik planı bulunmalıdır.**	
00	01	01	53	02		**Risk düzeylerine göre temizlik kuralları belirlenmelidir.**	
00	01	01	53	03		**Temizlik malzemeleri ve malzemelerin kullanımı ile ilgili kurallar belirlenmelidir.**	
00	01	01	53	04		**Tüm kapalı ve açık alanların temizlikleri kontrol edilmelidir.** o Kontrol aralıkları, o Kontrol sorumluları belirlenmelidir.	
00	**01**	**01**	**55**	**00**		**Kişisel temizlik alanlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	55	01		**Kişisel temizlik alanlarının kapıları dışarı doğru açılmalıdır.**	
00	01	01	55	02		**Kişisel temizlik alanlarının temizliği sağlanmalıdır.**	
00	01	01	55	03		**Kişisel temizlik alanlarında temizlik malzemeleri bulundurulmalı,** o Sıvı sabun, kâğıt havlu, tuvalet kâğıdı ve poşetli çöp kutusu bulundurulmalıdır.	
00	01	01	55	04		**Sıvı sabun kaplarının üstüne ekleme yapılmamalı,** o Boşalan sabunluk yıkanıp iyice kurutulduktan sonra tekrar doldurulmalıdır.	
00	**01**	**01**	**63**	**00**	**H**	**Riskli girişimsel işlemler öncesinde hasta bilgilendirilmeli ve rızası alınmalıdır.**	**20**
00	**01**	**02**	**02**	**00**		**Hastanın bölüme kabulünde genel durumu değerlendirilmelidir.**	**15**
00	**01**	**02**	**03**	**00**		**Hasta gereksinimleri doğrultusunda hemşire bakım planı düzenlenmelidir.**	**15**
00	01	02	03	01		**Hemşire bakım planı hekim tedavi planı ile koordineli olmalıdır.**	

00	01	02	03	02		**Hemşire bakım planına;** o Hastanın bakım gereksinimleri, o Bakım gereksinimlerine yönelik hedefler, o Bakım gereksinimlerine yönelik uygulamalar, o Uygulama sonuçlarının değerlendirilmesi kayıt edilmelidir.	
00	**01**	**02**	**04**	**00**		**Hemşire nöbet teslimlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**10**
00	01	02	04	01		**Nöbet teslimleri,** o Nöbeti devreden ve devralan hemşireler arasında yapılmalı, o Önce deskte, sonra hasta başında yapılmalı, o Hasta bakım sürecindeki bilgileri kapsamalıdır.	
00	**01**	**03**	**03**	**00**	**G**	**İzolasyon önlemleriyle ilgili düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	03	03	01	G	**Enfekte veya kolonize hastalara yönelik izolasyon önlemleri alınmalıdır.**	
00	**01**	**03**	**06**	**00**		**El hijyenini sağlamaya yönelik malzeme bulunmalıdır.**	**15**
00	01	03	06	01		**Sağlık hizmeti sunulan alanlarda alkol bazlı el antiseptikleri bulunmalıdır.**	
00	**01**	**08**	**04**	**00**		**Atıkların kaynağında ayrıştırılmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00 00	01 01	08 08	04 04	01 02		**Her bölüm için atıklar belirlenmelidir.** **Uygun atık kutuları kullanılmalıdır.**	
00	**01**	**01**	**69**	**00**		**Laboratuvara gönderilecek örneklere yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**10**
00 00	01 01	01 01	69 69	01 01		**Örnekler için bölüm bazında örnek toplama alanı belirlenmelidir.** o Örnekler düzenli bir şekilde muhafaza edilmelidir.	

ECZANE HİZMETLERİ

Revizyon	Dikey Boyut	Bölüm No	Standart No	Değerlendirme Ölçütü	Yatay Boyut	STANDARTLAR	Puan
00	02	12				**ECZANE HİZMETLERİ**	200
00	**02**	**12**	**01**	**00**		**Eczanelerde düzenleme yapılmalıdır.**	**10**
00	02	12	01	01		**Eczanelerde iklimlendirme sağlanmalıdır.**	
00	02	12	01	02		**İlaç saklama alanlarının sıcaklık ve nem kontrolleri yapılmalıdır.**	
00	**02**	**12**	**02**	**00**		**Eczanenin işleyişine yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır**	**5**
00	02	12	02	01		**Yazılı düzenleme;** o İlaç ve malzeme istemlerinin eczaneye bildirilmesini, o İlaç ve malzemelerin teminini, o Teslim alınması ve yerleştirilmesini, o Saklama koşullarını, o Yüksek riskli ilaçların yönetimini, o Stok seviyeleri ve miat takibini, o Eczaneden ilaç ve malzeme istemlerini, o Eczanede ilaçların hazırlanması ve transferini, o Kullanımdan arta kalan ilaçların eczaneye iadesi ve değerlendirilmesini kapsamalıdır.	
00	**02**	**12**	**03**	**00**		**Yüksek riskli ilaçlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**10**
00	02	12	03	01		**Yüksek riskli ilaçlar listesi belirlenmelidir.**	
00	02	12	03	02		**Diğer ilaçlarla karışmasını önleyecek şekilde depolanmalıdır.**	
00	02	12	03	03		**Eczanede renkli işaretleme işlemine tabi tutulmalıdır.**	
00	**02**	**12**	**04**	**00**		**Eczaneden çıkışı yapılan ilaçlar için düzenleme yapılmalıdır.**	**10**
00	02	12	04	01		**İlaçların çıkışı hasta bazında yapılmalıdır.**	
00	02	12	04	02		**İlaçlar eczanede her hasta için ayrı olacak şekilde paketlenmeli,** o İlaçların adı, formu, dozu ve hasta bilgileri gönderilen pakette yer almalıdır.	

00	02	12	04	03		Hasta bazında çıkış yapılmayan ilaçların çıkışına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	
00	**02**	**12**	**05**	**00**		**Eczaneye iade edilen ilaçlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**10**
00	02	12	05	01		Eczaneye iade edilecek ilaçların teslimine ilişkin süreç belirlenmelidir.	
00	02	12	05	02		İade edilen ilaçların kayıtları tutulmalıdır.	
00	**01**	**01**	**09**	**00**		**İlaç ve kit muhafaza edilen buzdolaplarının sıcaklık takipleri yapılmalıdır.**	**10**
00	01	01	09	01		Buzdolaplarının içinde bulunan malzemelere göre sıcaklık takibi yapılmalıdır.	
00	**01**	**01**	**25**	**00**	**H**	**İlaçların karışmasını engellemeye yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	25	01	H	İlaç isimleri kısaltılarak yazılmamalıdır.	
00	01	01	25	02	H	Yazılışı, okunuşu, ambalajı birbirine benzeyen ilaçların listeleri hazırlanmalı, o Listeler kullanım alanında bulunmalıdır.	
00	01	01	25	03	H	Yazılışı, okunuşu, ambalajı birbirine benzeyen ilaçların dolaplardaki yerleşimi ayrı raflarda yapılmalıdır.	
00	**01**	**01**	**26**	**00**	**H**	**Pediatrik dozda kullanılacak ilaçlara yönelik tedbirler alınmalıdır.**	**15**
00	01	01	26	01	H	Pediatrik dozdaki ilaçların listeleri ilgili bölümde bulunmalıdır.	
00	01	01	26	02	H	Pediatrik dozdaki ilaçların dolaplardaki yerleşimi diğer ilaçlardan ayrı raflarda yapılmalıdır.	
00	01	01	26	03	H	Acil kullanılabilecek pediatrik ilaçların kilograma göre dozları listelenmeli, o Listeler ilgili bölümde bulunmalıdır.	
00	**01**	**01**	**27**	**00**		**Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**10**
00	01	01	27	01		Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçlar kilitli alanlarda bulundurulmalıdır.	
00	**01**	**01**	**45**	**00**	**Ç**	**Çalışanlar tarafından kişisel koruyucu ekipman kullanılmalıdır.**	**15**
00	01	01	45	01	Ç	Bölüm bazında kullanılması gereken kişisel koruyucu ekipman belirlenmelidir.	
00	01	01	45	02	Ç	Kişisel koruyucu ekipman çalışma alanlarında ulaşılabilir olmalıdır.	
00	01	01	45	03	Ç	Kişisel koruyucu ekipman kullanımı konusunda çalışanlara eğitim verilmelidir.	
00	**01**	**01**	**53**	**00**		**Hastanenin temizliğine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	53	01		Bölüm bazında temizlik planı bulunmalıdır.	

00	01	01	53	02		**Risk düzeylerine göre temizlik kuralları belirlenmelidir.**	
00	01	01	53	03		**Temizlik malzemeleri ve malzemelerin kullanımı ile ilgili kurallar belirlenmelidir.**	
00	01	01	53	04		**Tüm kapalı ve açık alanların temizlikleri kontrol edilmelidir.** o Kontrol aralıkları, o Kontrol sorumluları belirlenmelidir.	
00	**01**	**01**	**55**	**00**		**Kişisel temizlik alanlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	55	01		**Kişisel temizlik alanlarının kapıları dışarı doğru açılmalıdır.**	
00	01	01	55	02		**Kişisel temizlik alanlarının temizliği sağlanmalıdır.**	
00	01	01	55	03		**Kişisel temizlik alanlarında temizlik malzemeleri bulundurulmalı,** o Sıvı sabun, kâğıt havlu, tuvalet kâğıdı ve poşetli çöp kutusu bulundurulmalıdır.	
00	01	01	55	04		**Sıvı sabun kaplarının üstüne ekleme yapılmamalı,** o Boşalan sabunluk yıkanıp iyice kurutulduktan sonra tekrar doldurulmalıdır.	
00	**01**	**07**	**01**	**00**		**İlaç, anestezik ajan, kit, kalibratör, kontrol serumları ve malzemelerin takibi yapılmalıdır.**	**15**
00	01	07	01	01		**İlaç, anestezik ajan, kit, kalibratör, kontrol serumları ve malzemelerin stok takibi HBYS üzerinden yapılmalı,** o İlaç, anestezik ajan, kit, kalibratör, kontrol serumları ve malzemelerin minimum stok seviyesi, kritik stok seviyesi, maksimum stok seviyesi belirlenmeli, o Minimum, kritik ve maksimum stok seviyeleri HBYS'de takip edilmeli, o Belirlenen seviyelerde sapma olması durumunda HBYS'de uyarıcı düzenleme bulunmalıdır.	
00	01	07	01	02		**İlaç, anestezik ajan, kit, kalibratör, kontrol serumları ve malzemelerin miatları HBYS üzerinden takip edilmeli,** o Miadı yaklaşan ilaç, anestezik ajan, kit ve malzemelere yönelik HBYS'de uyarıcı bir düzenleme bulunmalıdır.	
00	**01**	**07**	**02**	**00**		**Depoda bulunan malzemelerin yerleştirilmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**10**
00	01	07	02	01		**Malzemelerin yerleşim yerini gösteren yerleşim planları bulunmalıdır.**	
00	01	07	02	02		**Depolarda hemzemin yerleştirme yapılmamalıdır.**	
00	01	07	02	03		**İstifleme tavandan en az 40 cm aşağıda olmalıdır.**	
00	01	07	02	04		**Malzemenin cinsine göre uygun yerleştirme yapılmalıdır.**	

00	**01**	**07**	**03**	**00**		**Deponun koşullarına göre oluşabilecek risklere yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**10**
00	01	07	03	01		Deponun koşullarına göre riskler tanımlanmalıdır.	
00	01	07	03	02		Risklere yönelik koruyucu önlemler alınmalıdır.	
00	**01**	**07**	**04**	**00**		**Depoda sıcaklık ve nem takibi yapılmalıdır.**	**10**
00	01	07	04	01		Depolarda bulunan malzemenin niteliğine göre sıcaklık ve nem takibi yapılmalıdır.	
00	01	07	04	02		Depoda bulunan buzdolaplarının sıcaklık ölçümleri yapılmalıdır.	
00	**01**	**08**	**04**	**00**		**Atıkların kaynağında ayrıştırılmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	08	04	01		Her bölüm için atıklar belirlenmelidir.	
00	01	08	04	02		Uygun atık kutuları kullanılmalıdır.	

STERİLİZASYON HİZMETLERİ

Revizyon	Dikey Boyut	Bölüm No	Standart No	Değerlendirme Ölçütü	Yatay Boyut	STANDARTLAR	Puan
00	02	13				**STERİLİZASYON HİZMETLERİ**	170
00	**02**	**13**	**01**	**00**		**Sterilizasyon ünitesine yönelik fiziki düzenleme yapılmalıdır.**	**10**
00	02	13	01	01		Sterilizasyon Ünitesi kirli, temiz ve steril alan olmak üzere üç alandan oluşmalıdır.	
00	02	13	01	02		Kirli, temiz ve steril alanlar arasındaki geçiş noktalarında el antiseptikleri bulunmalıdır.	
00	02	13	01	03		Tüm yüzeyler pürüzsüz, gözeneksiz, kolay temizlenebilir, dezenfekte edilebilir nitelikte olmalıdır.	
00	02	13	01	04		Sterilizasyon ünitesinde çalışan personel için giyinme ve dinlenme alanı bulunmalıdır.	
00	02	13	01	05		Sterilizasyon ünitesinin ortam sıcaklığı 18-22 ^{0}C ve nem oranı % 35-60 olmalıdır.	
00	02	13	01	06		Steril alanlarda bulunan raflar yerden 20-30 cm yukarıda, tavandan 15 cm aşağıda, hava sirkülasyonu için duvardan 5 cm önde olmalıdır.	
00	**02**	**13**	**02**	**00**		**Sterilizasyon ünitesinin işleyişine yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır.**	**5**
00	02	13	02	01		Yazılı düzenleme; o Aletlerin; » Üniteye transferini, » Ön-temizlik ve dekontaminasyonunu, » Hazırlık ve bakım alanına taşınmasını, » Sayımı-bakımı ve kontrolünü, » Paketlenmesi, steril edilmesi ve depolanmasını, » Kullanım alanına transferine kadar sterilitenin korunmasını, o İndikatör kullanımını, o Cihazların günlük bakımını kapsamalıdır.	

00	**02**	**13**	**03**	**00**		**Sterilizasyon ünitesine gelen kirli malzemeler için düzenleme yapılmalıdır.**	**10**
00	02	13	03	01		**Kirli malzemeler, malzeme listesinden sayımı yapılarak sterilizasyon ünitesine kabul edilmelidir.**	
00	02	13	03	02		**Kirli malzemelerin ön temizliği ve dekontaminasyonu yapılmalıdır.**	
00	02	13	03	03		**Malzemeler, malzeme listesi ile temiz alana teslim edilmelidir.**	
00	02	13	03	04		**Malzemelerin paketlenmesi temiz alanda yapılmalı,** o Cerrahi ve tekstil malzemeler ayrı alanlarda paketlenmelidir.	
00	**02**	**13**	**04**	**00**		**Sterilizasyon işlemi indikatörler ile takip edilmelidir.**	**15**
00	02	13	04	01		**İşleme girmiş ve girmemiş paketlerin birbirinden ayrılabilmesi için her paket üzerinde işlem indikatörü kullanılmalıdır.**	
00	02	13	04	02		**Her bir paket içine en az sınıf 4 kimyasal indikatör konulmalıdır.**	
00	02	13	04	03		**Biyolojik indikatör kullanılmalıdır.** o Buharlı basınç sterilizasyonunda her otoklav için haftada en az bir kez, o Buharlı basınç sterilizasyonunda implant sterilizasyonu yapılacak olan her yükte, o Etilenoksit sterilizasyonunda her yükte, o Formaldehit sterilizasyonunda en az haftada bir kez, o Kuru ısı sterilizasyonunda haftada bir kez, o H_2O_2 sterilizasyonunda her gün ilk kullanımda, o Sterilizasyon cihazlarında bakım, onarım ve kalibrasyon yapıldıktan sonraki ilk çalıştırmada biyolojik indikatör kullanılmalıdır.	
00	**02**	**13**	**05**	**00**		**Sterilizasyon cihazlarının kontrolüne yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**10**
00	02	13	05	01		**Cihazların;** o Program döngüleri değerlendirilmeli, » Gerektiğinde düzeltici ve önleyici faaliyet başlatılmalıdır. o Bakımı, o Kalibrasyonları yapılmalıdır.	
00	**02**	**13**	**06**	**00**		**Basınçlı buhar otoklavlarının günlük bakımı ve kontrolleri yapılmalıdır.**	**10**
00	02	13	06	01		**Basınçlı buhar otoklavları için vakum kaçak testi;** o Vakum kaçağı 1milibar/dakikadan az ise haftada bir kez yapılmalı, o 1 milibar/dakikadan fazla ise her gün yapılmalı, o 1,3 milibar/dakika üzerinde ise cihazın çalışması durdurulmalıdır.	

00	02	13	06	02		**Her gün cihaz boşken ve sterilizasyon işlemine başlamadan önce Bowie&Dick testi uygulanmalı,** o Test kartının üzerine tarih ve sonuç (olumlu veya olumsuz) yazılmalı, o Program döngüsü ile birlikte kayıt altına alınmalıdır.	
00	**02**	**13**	**07**	**00**		**Steril malzemelere yönelik düzenleme oluşturulmalıdır.**	**10**
00	02	13	07	01		**Steril malzemeler steril alanda muhafaza edilmelidir.**	
00	02	13	07	02		**Steril malzemelerin üzerinde sterilizasyonun yapıldığı cihaz ve sterilizasyonu yapan çalışan için tanımlayıcı, sterilizasyon tarihi ve raf ömrü bulunmalıdır. Raf ömrü;** o Polipropilen tyveck poşet ile paketlenen malzemeler için en fazla 1 yıl, o Sterilizasyon poşetleriyle paketlenen malzemeler için en fazla 6 ay, o Çift kat tekstil ile paketlenmiş malzemeler için en fazla 30 gün, o Çift kat wrap ile paketlenmiş malzemeler için en fazla 30 gündür.	
00	**02**	**13**	**08**	**00**		**Kullanımdaki dezenfektan solüsyonlarının kontrolü yapılmalıdır.**	**10**
00	02	13	08	01		**Dezenfektan solüsyonunun Minimal Efektif Konsantrasyonunun (MEK) kontrolü yapılmalı,** o Kontrolün periyodu solüsyonun kullanım sıklığına göre hastane tarafından belirlenmeli, o MEK'in belirlenmesi amacıyla pH ölçerler kullanılmamalıdır.	
00	02	13	08	02		**Dezenfektan solüsyonların üzerine ekleme yapılmamalıdır.**	
00	**02**	**13**	**09**	**00**		**Etilen oksite (ETO) yönelik güvenlik tedbirleri alınmalıdır.**	**15**
00	02	13	09	01		**Etilen oksit sterilizatörünün klimatizasyonu bağımsız bir bacadan dışarı verilmelidir.**	
00	02	13	09	02		**Kartuşlar özel bir kapalı metal konteynırda saklanmalıdır.**	
00	02	13	09	03		**Gaz ölçümü yapabilen dedektörler bulunmalıdır.**	
00	02	13	09	04		**Gaz maskesi ve koruyucu giysi bulunmalıdır.**	
00	02	13	09	05		**ETO sterilizatörü ile steril edilen malzemeler kullanımdan önce havalandırılmalıdır.**	
00	**01**	**01**	**45**	**00**	**Ç**	**Çalışanlar tarafından kişisel koruyucu ekipman kullanılmalıdır.**	**15**
00	01	01	45	01	Ç	**Bölüm bazında kullanılması gereken kişisel koruyucu ekipman belirlenmelidir.**	
00	01	01	45	02	Ç	**Kişisel koruyucu ekipman çalışma alanlarında ulaşılabilir olmalıdır.**	

00	01	01	45	03	Ç	Kişisel koruyucu ekipman kullanımı konusunda çalışanlara eğitim verilmelidir.	
00	**01**	**01**	**52**	**00**	**H**	**Tıbbi cihazların yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	52	02	H	Tıbbi cihazların bölüm bazında envanteri bulunmalıdır.	
00	01	01	52	03	H	Tıbbi cihazların bakım, onarım, ölçme, ayar ve kalibrasyonlarına yönelik plan bulunmalı, o Plan dahilinde cihazların ölçme, ayar ve kalibrasyonları yapılmalıdır.	
00	01	01	52	04	H	Kalibrasyonu yapılan cihazların kalibrasyon etiketi bulunmalıdır. Etikette; o Kalibrasyonu yapan firmanın adı, o Kalibrasyon tarihi, o Geçerlilik süresi, o Sertifika numarası bulunmalıdır.	
00	**01**	**01**	**53**	**00**		**Hastanenin temizliğine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	53	01		Bölüm bazında temizlik planı bulunmalıdır.	
00	01	01	53	02		Risk düzeylerine göre temizlik kuralları belirlenmelidir.	
00	01	01	53	03		Temizlik malzemeleri ve malzemelerin kullanımı ile ilgili kurallar belirlenmelidir.	
00	01	01	53	05		Tüm kapalı ve açık alanların temizlikleri kontrol edilmelidir. o Kontrol aralıkları, o Kontrol sorumluları belirlenmelidir.	
00	**01**	**01**	**55**	**00**		**Kişisel temizlik alanlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	55	01		Kişisel temizlik alanlarının kapıları dışarı doğru açılmalıdır.	
00	01	01	55	02		Kişisel temizlik alanlarının temizliği sağlanmalıdır.	
00	01	01	55	03		Kişisel temizlik alanlarında temizlik malzemeleri bulundurulmalı, o Sıvı sabun, kâğıt havlu, tuvalet kâğıdı ve poşetli çöp kutusu bulundurulmalıdır.	
00	01	01	55	04		Sıvı sabun kaplarının üstüne ekleme yapılmamalı, o Boşalan sabunluk yıkanıp iyice kurutulduktan sonra tekrar doldurulmalıdır.	
00	**01**	**08**	**04**	**00**		**Atıkların kaynağında ayrıştırılmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	08	04	01		Her bölüm için atıklar belirlenmelidir.	
00	01	08	04	02		Uygun atık kutuları kullanılmalıdır.	

TRANSFÜZYON TIBBI HİZMETLERİ

Revizyon	Dikey Boyut	Bölüm No	Standart No	Değerlendirme Ölçütü	Yatay Boyut	STANDARTLAR	Puan
00	02	14				**TRANSFÜZYON TIBBI HİZMETLERİ**	165
00	**02**	**14**	**01**	**00**		**Transfüzyon merkezinde süreçlerin işleyişine yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır.**	**5**
00	02	14	01	01		**Yazılı düzenleme;** o Hangi durumlarda bağışçıdan kan alınacağı, o Bağışçının seçilmesi, bağışçının reddi, bağışçıdan kan alma, o Bağışçı kanının test edilmesi, o Bağışçının bağış sonrası takibi, o Tarama testi pozitif çıkan bağışçının bilgilendirilmesi, o Ürün etiketleme, saklama ve depolama, o Kan ve kan ürünlerinin istemleri, o Yapılan işlemlere dair kayıtların tutulması, o Ürünlerin ilgili birime transferini, o İade edilen ürünlerin iade kabul şartlarını, o İmha edilmesine karar verilen ürünlerin imha usul ve esaslarını içermelidir.	
00	**02**	**14**	**02**	**00**		**Kan ve/veya kan ürünü ile meydana gelen transfüzyon reaksiyonları kayıt altına alınmalıdır.**	**10**
00	**02**	**14**	**03**	**00**		**Bağış sürecine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**	**10**
00	02	14	03	01		**Bağışçı seçimi, hekim tarafından yapılmalıdır.**	
00	02	14	03	02		**Bağışçı değerlendirmesi, mahremiyete uygun bir ortamda yapılmalıdır.**	
00	02	14	03	03		**Bağışçı sorgulama formu doldurulmalıdır.**	
00	02	14	03	04		**Kan alma koltukları pozisyon verilebilen nitelikte olmalıdır.**	

00	**02**	**14**	**04**	**00**	**H**	**Kan ve/veya kan ürünlerinin güvenliğini sağlamaya yönelik testlere yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	02	14	04	01	H	**Bağışçı kanına yönelik aşağıdaki testler çalışılmalı;** o Hemogram, o Grup tayini, » Grup tayini için asgari tüp yöntemi kullanılmalıdır. o Mikrobiyolojik testler, » HBV, HCV, HIV ve Sifiliz etkenlerine yönelik testler çalışılmalı, » HBV, HCV ve HIV'e yönelik testlerde asgari mikroelisa yöntemi kullanılmalı, » Mikrobiyolojik testlerin pozitif olması durumunda doğrulama testleri çalışılmalıdır.	
00	02	14	04	02	H	**Kan ve/veya kan ürünü için çapraz karşılaştırma testi çalışılmalı,** o Çapraz karşılaştırma testi için asgari tüp yöntemi kullanılmalıdır.	
00	**02**	**14**	**05**	**00**	**H**	**Kan ve/veya kan ürünlerinin güvenli depolanması ve transferini sağlamaya yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	02	14	05	01	H	**Kan ve /veya kan ürünleri etiketlenmelidir. Etiket üzerinde;** o Hazırlayan hizmet biriminin adı, o Bağışçının sayısal veya alfabetik tanımı, o ABO ve Rh D grubu, o Alınma ve son kullanma tarihi, o Bileşenin hacmi ve ağırlığı, o Depolama sıcaklığı, o Antikoagülan ve ek solüsyonlarının adı bulunmalıdır.	
00	02	14	05	02	H	**Saklama dolabı, derin dondurucu, ajitatör veya soğuk odaların sıcaklık takibi yapılmalıdır.**	
00	02	14	05	03	H	**Kan ve/veya kan ürününün;** o Hastane dışı/içi naklinde sıcaklık kontrolü sağlanarak transferi yapılmalı, o Transfüzyon merkezinden çıkış saati kayıt altına alınmalıdır.	
00	02	14	05	04	H	**Saklama ve transfer koşullarının sağlanmadığı tespit edilen ürünler kayıt edilerek alınmalı ve belirlenen imha usul ve esaslarına göre imha edilmelidir.**	

00	**02**	**14**	**06**	**00**		**Kan ve/veya kan ürünlerinin stok takibi yapılmalıdır.**	**10**
00	02	14	06	01		Kan ve/veya kan ürünleri için haftalık kritik stok seviyesi belirlenmelidir.	
00	02	14	06	02		Kan ve/veya kan ürünlerinin miat takipleri yapılmalıdır.	
00	**01**	**01**	**09**	**00**		**İlaç ve kit muhafaza edilen buzdolaplarının sıcaklık takipleri yapılmalıdır.**	**10**
00	01	01	09	01		Buzdolaplarının içinde bulunan malzemelere göre sıcaklık takibi yapılmalıdır.	
00	**01**	**01**	**45**	**00**	**Ç**	**Çalışanlar tarafından kişisel koruyucu ekipman kullanılmalıdır.**	**15**
00	01	01	45	01	Ç	Bölüm bazında kullanılması gereken kişisel koruyucu ekipman belirlenmelidir.	
00	01	01	45	02	Ç	Kişisel koruyucu ekipman çalışma alanlarında ulaşılabilir olmalıdır.	
00	01	01	45	03	Ç	Kişisel koruyucu ekipman kullanımı konusunda çalışanlara eğitim verilmelidir.	
00	**01**	**01**	**51**	**00**		**Acil müdahale seti bulunmalıdır.**	**15**
00	01	01	51	01		Sağlık hizmeti sunum alanlarında acil müdahale seti bulunmalıdır.	
00	01	01	51	02		Bölümler acil müdahale setinde bulunması gereken ilaç, malzeme ve cihazları belirlemelidir.	
00	01	01	51	03		İlaç ve malzemelerin minimum ve maksimum stok seviyeleri belirlenmelidir.	
00	01	01	51	04		Minimum ve maksimum stok seviyeleri takip edilmelidir.	
00	01	01	51	05		İlaç ve malzemelerin miat takibi yapılmalıdır.	
00	**01**	**01**	**52**	**00**	**H**	**Tıbbi cihazların yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	52	02	H	Tıbbi cihazların bölüm bazında envanteri bulunmalıdır.	
00	01	01	52	03	H	Tıbbi cihazların bakım, onarım, ölçme, ayar ve kalibrasyonlarına yönelik plan bulunmalı, o Plan dahilinde cihazların ölçme, ayar ve kalibrasyonları yapılmalıdır.	
00	01	01	52	04	H	Kalibrasyonu yapılan cihazların kalibrasyon etiketi bulunmalıdır. Etikette; o Kalibrasyonu yapan firmanın adı, o Kalibrasyon tarihi, o Geçerlilik süresi, o Sertifika numarası bulunmalıdır.	

00	**01**	**01**	**53**	**00**		**Hastanenin temizliğine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	53	01		**Bölüm bazında temizlik planı bulunmalıdır.**	
00	01	01	53	02		**Risk düzeylerine göre temizlik kuralları belirlenmelidir.**	
00	01	01	53	03		**Temizlik malzemeleri ve malzemelerin kullanımı ile ilgili kurallar belirlenmelidir.**	
00	01	01	53	04		**Tüm kapalı ve açık alanların temizlikleri kontrol edilmelidir.** o Kontrol aralıkları, o Kontrol sorumluları belirlenmelidir.	
00	**01**	**01**	**55**	**00**		**Kişisel temizlik alanlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	55	01		**Kişisel temizlik alanlarının kapıları dışarı doğru açılmalıdır.**	
00	01	01	55	02		**Kişisel temizlik alanlarının temizliği sağlanmalıdır.**	
00	01	01	55	03		**Kişisel temizlik alanlarında temizlik malzemeleri bulundurulmalı,** o Sıvı sabun, kâğıt havlu, tuvalet kâğıdı ve poşetli çöp kutusu bulundurulmalıdır.	
00	01	01	55	04		**Sıvı sabun kaplarının üstüne ekleme yapılmamalı,** o Boşalan sabunluk yıkanıp iyice kurutulduktan sonra tekrar doldurulmalıdır.	
00	**01**	**08**	**04**	**00**		**Atıkların kaynağında ayrıştırılmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	08	04	01		**Her bölüm için atıklar belirlenmelidir.**	
00	01	08	04	02		**Uygun atık kutuları kullanılmalıdır.**	

AĞIZ ve DİŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİ

Revizyon	Dikey Boyut	Bölüm No	Standart No	Değerlendirme Ölçütü	Yatay Boyut	STANDARTLAR	Puan
00	02	15				**AĞIZ ve DİŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİ**	195
00	**02**	**15**	**01**	**00**		**Ağız ve diş sağlığı hizmetlerine yönelik fiziki düzenleme yapılmalıdır.**	**10**
00	02	15	01	01		**Engelli hastalar için düzenleme yapılmalı,** o Hasta koltuğu başlığı (tetiyer) arkaya katlanabilir olmalı, o Engelli hastanın hasta koltuğuna oturabilmesi için hasta giriş tarafında sabit kolluk olmamalı, o Bir diş ünitinin arkasında en az iki metrelik mesafe bulunmalı, o Ünit girişi tekerlekli sandalyenin geçişine uygun şekilde düzenlenmeli, » Giriş tekerlekli sandalyenin geçebileceği genişlikte olmalı, » Girişte engel bulunmamalıdır.	
00	02	15	01	02		**Görüntüleme cihazları diş ünitinin bulunduğu yerden bağımsız bir alanda olmalıdır.**	
00	**02**	**15**	**02**	**00**		**Hastanın güvenliğini sağlamaya yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**	**15**
00	02	15	02	01		**İlk muayenede hastanın ağız ve diş sağlığı durumu belirlenmeli,** o Hastanın ağız ve diş sağlığı durumu hastane bilgi yönetim sistemine veya hasta dosyasına kayıt edilmelidir.	
00	02	15	02	02		**Hastaya uygulanan anestezik ilaçların güvenliği sağlanmalı,** o Hastaya uygulanacak anestezi ilaçları tedavi sırasında hazırlanmalıdır.	
00	02	15	02	03		**Tedavi sırasında kullanılan malzemeler hastaya özel olmalıdır.**	
00	**02**	**15**	**03**	**00**		**Diş ünitlerinde dezenfeksiyon ve sterilizasyonun sağlanmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.**	**15**
00	02	15	03	01		**Temiz ve kirli aletlerin konulduğu kap ve küvetler tanımlanmalı,** o Temiz ve kirli aletlerin konulduğu kap ve küvetlerin kapakları kapalı olmalıdır.	

00	02	15	03	02		**Her hastadan sonra;** o Kreşuar ve ünit kollukları, o Ünit tablaları, o Reflektör kolu, o Ünit asistan paneli, o Ağız içi hava -su spreyleri dezenfekte edilmelidir.	
00	**02**	**15**	**04**	**00**		**Amalgam atıklarının yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	02	15	04	01		**Amalgam atıklarının ayrıştırılması sağlanmalı,** o Ünit kreşuarlarında veya diş ünitlerinde amalgam atıklarının kanalizasyona karışması engellenmelidir.	
00	02	15	04	02		**Amalgamatörlerde kalan amalgamların temizliğine yönelik düzenleme yapılmalı,** o Amalgamatörün içinde birikmiş amalgam temizlenmelidir. Temizlik işlemi; » İşlem öncesi, » Bakımdan önce, » Arızalı olan amalgamatörün bakımı yapılmadan önce, » Hurdaya ayrılacak amalgamatör hurdaya ayrılmadan önce yapılmalıdır.	
00	02	15	04	03		**Amalgamların bertarafı atık yönetimine uygun şekilde yapılmalıdır.**	
00	**01**	**01**	**09**	**00**		**İlaç ve kit muhafaza edilen buzdolaplarının sıcaklık takipleri yapılmalıdır.**	**10**
00	01	01	09	01		**Buzdolaplarının içinde bulunan malzemelere göre sıcaklık takibi yapılmalıdır.**	
00	**01**	**01**	**12**	**00**		**Hastalara hizmet verilen alanlar iletişime açık bir şekilde düzenlenmelidir.**	**15**
00	01	01	12	01		**Sonuç alma, numune kabul, kayıt, halkla ilişkiler hizmet noktalarında hasta ve çalışan arasında fiziksel bariyer (camekân, pencere, demir parmaklık, yükseklik) bulunmamalıdır.**	
00	**01**	**01**	**25**	**00**	**H**	**İlaçların karışmasını engellemeye yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	25	01	H	**İlaç isimleri kısaltılarak yazılmamalıdır.**	
00	01	01	25	02	H	**Yazılışı, okunuşu, ambalajı birbirine benzeyen ilaçların listeleri hazırlanmalı,** o Listeler kullanım alanında bulunmalıdır.	

00	01	01	25	03	H	Yazılışı, okunuşu, ambalajı birbirine benzeyen ilaçlar dolaplardaki yerleşimi ayrı raflarda yapılmalıdır.	
00	**01**	**01**	**45**	**00**	**Ç**	**Çalışanlar tarafından kişisel koruyucu ekipman kullanılmalıdır.**	**15**
00	01	01	45	01	Ç	Bölüm bazında kullanılması gereken kişisel koruyucu ekipman belirlenmelidir.	
00	01	01	45	02	Ç	Kişisel koruyucu ekipman çalışma alanlarında ulaşılabilir olmalıdır.	
00	01	01	45	03	Ç	Kişisel koruyucu ekipman kullanımı konusunda çalışanlara eğitim verilmelidir.	
00	**01**	**01**	**52**	**00**	**H**	**Tıbbi cihazların yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	52	02	H	Tıbbi cihazların bölüm bazında envanteri bulunmalıdır.	
00	01	01	52	03	H	Tıbbi cihazların bakım, onarım, ölçme, ayar ve kalibrasyonlarına yönelik plan bulunmalı, o Plan dahilinde cihazların ölçme, ayar ve kalibrasyonları yapılmalıdır.	
00	01	01	52	04	H	Kalibrasyonu yapılan cihazların kalibrasyon etiketi bulunmalıdır. Etikette; o Kalibrasyonu yapan firmanın adı, o Kalibrasyon tarihi, o Geçerlilik süresi, o Sertifika numarası bulunmalıdır.	
00	**01**	**01**	**53**	**00**		**Hastanenin temizliğine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	53	01		Bölüm bazında temizlik planı bulunmalıdır.	
00	01	01	53	02		Risk düzeylerine göre temizlik kuralları belirlenmelidir.	
00	01	01	53	03		Temizlik malzemeleri ve malzemelerin kullanımı ile ilgili kurallar belirlenmelidir.	
00	01	01	53	04		Tüm kapalı ve açık alanların temizlikleri kontrol edilmelidir. o Kontrol aralıkları, o Kontrol sorumluları belirlenmelidir.	
00	**01**	**01**	**55**	**00**		**Kişisel temizlik alanlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	55	01		Kişisel temizlik alanlarının kapıları dışarı doğru açılmalıdır.	
00	01	01	55	02		Kişisel temizlik alanlarının temizliği sağlanmalıdır.	
00	01	01	55	03		Kişisel temizlik alanlarında temizlik malzemeleri bulundurulmalı, o Sıvı sabun, kâğıt havlu, tuvalet kâğıdı ve poşetli çöp kutusu bulundurulmalıdır.	

00	01	01	55	04		**Sıvı sabun kaplarının üstüne ekleme yapılmamalı,** o Boşalan sabunluk yıkanıp iyice kurutulduktan sonra tekrar doldurulmalıdır.	
00	**01**	**01**	**64**	**00**		**Hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik düzenlemeler bulunmalıdır.**	**10**
00	**01**	**03**	**06**	**00**		**El hijyenini sağlamaya yönelik malzeme bulunmalıdır.**	**15**
00	01	03	06	01		**Sağlık hizmeti sunulan alanlarda alkol bazlı el antiseptikleri bulunmalıdır.**	
00	**01**	**08**	**04**	**00**		**Atıkların kaynağında ayrıştırılmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	08	04	01		**Her bölüm için atıklar belirlenmelidir.**	
00	01	08	04	02		**Uygun atık kutuları kullanılmalıdır.**	

FİZİK TEDAVİ HİZMETLERİ

Revizyon	Dikey Boyut	Bölüm No	Standart No	Değerlendirme Ölçütü	Yatay Boyut	STANDARTLAR	Puan
00	02	16				FİZİK TEDAVİ HİZMETLERİ	150
00	02	16	01	00		Fizik tedavi hizmetlerine yönelik fiziki düzenlenme yapılmalıdır.	10
00	02	16	01	01		Tedavi uygulama alanı hasta mahremiyetini sağlayacak şekilde tek kişilik bölmeler halinde oluşturulmalıdır.	
00	02	16	01	02		Her bölmede çağrı sistemi bulunmalıdır.	
00	02	16	01	03		Tedavi sonrası kullanım için ayrı bir dinlenme alanı bulunmalıdır.	
00	02	16	01	04		Hastaların elbiselerini ve değerli eşyalarını koyabilecekleri kilitli dolap bulunmalıdır.	
00	02	16	02	00		Hastaların tedavi süreci kontrol altına alınmalıdır.	10
00	02	16	02	01		Hastalara uygulanan tedavi programı ve gerçekleşen tedavi kayıt altına alınmalıdır.	
00	02	16	02	02		Fizik tedaviye başlama ve bitiş saatleri hastane bilgi sisteminde kayıt altında alınmalıdır.	
00	02	16	03	00		Cihazların güvenli kullanımına yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır.	5
00	02	16	03	01		Yazılı düzenleme; o Kullanılan cihazlara özgü elektriksel, manyetik ve radyasyon güvenliği ile ilgili kuralları, o Çalışanların cihazlara özgü dikkat etmesi gereken hususları, o Cihazların kullanım kılavuzlarına nasıl ulaşılacağını kapsamalıdır.	
00	02	16	04	00		Tek kullanımlık olmayan malzemelere yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10
00	02	16	04	01		Tek kullanımlık olmayan malzemeler belirlenmelidir.	
00	02	16	04	02		Temizlik ve dezenfeksiyon kuralları belirlenmelidir.	
00	02	16	05	00		Hastalar tedavi öncesi gebelik ve metal implant varlığına yönelik değerlendirilmelidir.	15

00	**01**	**01**	**12**	**00**		**Hastalara hizmet verilen alanlar iletişime açık bir şekilde düzenlenmelidir.**	**15**
00	01	01	12	01		Sonuç alma, numune kabul, kayıt, halkla ilişkiler hizmet noktalarında hasta ve çalışan arasında fiziksel bariyer (camekân, pencere, demir parmaklık, yükseklik) bulunmamalıdır.	
00	**01**	**01**	**45**	**00**	**Ç**	**Çalışanlar tarafından kişisel koruyucu ekipman kullanılmalıdır.**	**15**
00	01	01	45	01	Ç	Bölüm bazında kullanılması gereken kişisel koruyucu ekipman belirlenmelidir.	
00	01	01	45	02	Ç	Kişisel koruyucu ekipman çalışma alanlarında ulaşılabilir olmalıdır.	
00	01	01	45	03	Ç	Kişisel koruyucu ekipman kullanımı konusunda çalışanlara eğitim verilmelidir.	
00	**01**	**01**	**52**	**00**	**H**	**Tıbbi cihazların yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	52	02	H	Tıbbi cihazların bölüm bazında envanteri bulunmalıdır.	
00	01	01	52	03	H	Tıbbi cihazların bakım, onarım, ölçme, ayar ve kalibrasyonlarına yönelik plan bulunmalı, o Plan dahilinde cihazların ölçme, ayar ve kalibrasyonları yapılmalıdır.	
00	01	01	52	04	H	Kalibrasyonu yapılan cihazların kalibrasyon etiketi bulunmalıdır. Etikette; o Kalibrasyonu yapan firmanın adı, o Kalibrasyon tarihi, o Geçerlilik süresi, o Sertifika numarası bulunmalıdır.	
00	**01**	**01**	**53**	**00**		**Hastanenin temizliğine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	53	01		Bölüm bazında temizlik planı bulunmalıdır.	
00	01	01	53	02		Risk düzeylerine göre temizlik kuralları belirlenmelidir.	
00	01	01	53	03		Temizlik malzemeleri ve malzemelerin kullanımı ile ilgili kurallar belirlenmelidir.	
00	01	01	53	04		Tüm kapalı ve açık alanların temizlikleri kontrol edilmelidir. o Kontrol aralıkları, o Kontrol sorumluları belirlenmelidir.	
00	**01**	**01**	**55**	**00**		**Kişisel temizlik alanlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	55	01		Kişisel temizlik alanlarının kapıları dışarı doğru açılmalıdır.	
00	01	01	55	02		Kişisel temizlik alanlarının temizliği sağlanmalıdır.	

00	01	01	55	03		**Kişisel temizlik alanlarında temizlik malzemeleri bulundurulmalı,** o Sıvı sabun, kâğıt havlu, tuvalet kâğıdı ve poşetli çöp kutusu bulundurulmalıdır.	
00	01	01	55	04		**Sıvı sabun kaplarının üstüne ekleme yapılmamalı,** o Boşalan sabunluk yıkanıp iyice kurutulduktan sonra tekrar doldurulmalıdır.	
00	**01**	**01**	**64**	**00**		**Hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik düzenlemeler bulunmalıdır.**	**10**
00	**01**	**08**	**04**	**00**		**Atıkların kaynağında ayrıştırılmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	08	04	01		**Her bölüm için atıklar belirlenmelidir.**	
00	01	08	04	02		**Uygun atık kutuları kullanılmalıdır.**	

DİYALİZ HİZMETLERİ

Revizyon	Dikey Boyut	Bölüm No	Standart No	Değerlendirme Ölçütü	Yatay Boyut	STANDARTLAR	Puan
00	02	17				DİYALİZ HİZMETLERİ	325
00	02	17	01	00		Diyaliz hastaları için ulaşım hizmeti verilmelidir.	10
00	02	17	01	01		Ulaşım hizmeti için araç tahsis edilmelidir.	
00	02	17	02	00		Diyaliz ünitesine yönelik fiziki düzenleme yapılmalıdır.	10
00	02	17	02	01		Kadın ve erkek hastalar için ayrı olmak üzere hasta giyinme odaları bulunmalıdır.	
00	02	17	02	02		Hastaların elbiselerini ve değerli eşyalarını koyabilecekleri kilitli dolap bulunmalıdır.	
00	02	17	02	03		Hastalar için tuvalet ve lavabo bulunmalı, o Tuvaletler kadın ve erkek hastalar için ayrı olmalı, » Özürlülerin de yararlanabileceği şekilde düzenlenmiş olmalı, o Tuvaletlerin kapıları dışarı doğru açılmalıdır.	
00	02	17	02	04		Hastalar için dinlenme alanı bulunmalıdır.	
00	02	17	02	05		Hassas tartı sistemi bulunmalı, o Tartı tekerlekli sandalyenin çıkabileceği şekilde olmalıdır.	
00	02	17	02	06		Diyaliz makinelerinin teknik bakımları düzenli olarak yapılmalıdır.	
00	02	17	03	00		Diyaliz ünitesinde üretilen saf suyun kontrolüne yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10
00	02	17	03	01		Üretilen saf su için günlük olarak; o Saflaştırılmış su iletkenliği, o Su sertliği, o Klor miktarı, o Asitlik-alkalilik (saf su-ham su) özelliği kontrol edilmelidir.	
00	02	17	03	02		Arıtma sonrası su örnekleri; o Bakteriyolojik yönden üç ayda bir,	

						o Endotoksin ve kimyasal yönden altı ayda bir değerlendirilmelidir. » Mikrobiyal kontaminasyon, saf su için 100 CFU/ml altında, ultra saf diyaliz sıvısı için 0,1 CFU/ml altında olmalıdır. » Bakteriyel endotoksinler, saf su için 0.25 IU/ml altında, ultra saf diyaliz sıvısı için 0,03 IU/ml altında olmalıdır.	
00	**02**	**17**	**04**	**00**		**Diyaliz tedavisi gören hastaların tedavileri kontrol altına alınmalıdır.**	**15**
00	02	17	04	01		**Her hasta için ayrı takip/gözlem formu hazırlanmalıdır.**	
00	02	17	04	02		**Hastaların ayda en az bir defa tıbbî muayeneleri Hemodiyaliz Sorumlu Uzman Hekimi tarafından yapılmalıdır.**	
00	02	17	04	03		**Her ayın başında diyaliz hastalarının kt/v veya URR değerleri hesaplanmalı,** o Değerlerin düşük olması durumunda, yapılan neden-sonuç analizleri ile iyileştirmeye yönelik çalışmalar hasta dosyasına kaydedilmelidir.	
00	02	17	04	04		**Hastalar sorumlu hekim tarafından tedavi seansı sırasında tıbbi yönden izlenmeli,** o Her diyaliz seansında hastanın dosyasına gözlem notu kaydedilmelidir.	
00	02	17	04	05		**Diyaliz tedavisi gören hastalara tedavinin gerektirdiği hususlarda eğitimler verilmelidir. Bu eğitimlerde hastanın;** o Klinik durumu, o Uyması gereken kurallar, o Kullanması gereken ilaçlar, o Beslenmede dikkat etmesi gereken hususlar, o Kurallara uymaması durumunda oluşabilecek riskler yer almalıdır.	
00	**02**	**17**	**05**	**00**	**G**	**Diyaliz ünitesinde enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	02	17	05	01	G	**Diyaliz makinelerinin dezenfeksiyon işlemleri yapılmalı,** o Dezenfeksiyon işlemi her diyaliz seansı sonrasında yapılmalı, o Dezenfeksiyon işlemi kayıt altına alınmalı, » Dezenfeksiyon işlemini yapan görevlinin adı, soyadı, imzası, » İşlemin yapıldığı tarih/saat, süresi, » İşlemde kullanılan dezenfektanın kimyasal adı kayıt edilmelidir.	

00	02	17	05	02	G	**Enfekte hastaların diyaliz işlemine yönelik düzenleme yapılmalı,** o Enfekte hastalar için kullanılan malzemeler ayrılmalı ve tanımlanmalı, o HBYSAg (+) ve HCV Ab (+) hasta için kullanılan makineler tanımlanmalı, o HBYSAg (+) hastalar için ayrı bir oda tahsis edilmeli, » Oda için enfekte hasta odası olduğunu belirten bir tanımlama yapılmalı, uygulama ve işaretlemeler personel tarafından bilinmelidir.	
00	02	17	05	03	G	**Diyaliz hastalarının aşıları düzenli olarak yapılmalı,** o Tüm diyaliz hastalarına Hepatit B aşısı yapılmalı, » Anti-HBYS titresi takip edilmeli, » Gerektiğinde rapel aşı uygulanmalıdır.	
00	**02**	**17**	**06**	**00**		**İlaç hazırlama işlemi, hasta tedavi alanlarının dışında temiz bir alanda yapılmalıdır.**	**10**
00	**01**	**01**	**09**	**00**		**İlaç ve kit muhafaza edilen buzdolaplarının sıcaklık takipleri yapılmalıdır.**	**10**
00	01	01	09	01		**Buzdolaplarının içinde bulunan malzemelere göre sıcaklık takibi yapılmalıdır.**	
00	**01**	**01**	**10**	**00**		**Hasta Başı Test Cihazlarının (HBTC) kullanımı düzenlenmelidir.**	**15**
00	01	01	10	01		**HBTC'nin kullanıldığı bölümlerde sorumlular belirlenmelidir.**	
00	01	01	10	02		**HBTC'nin envanteri tutulmalıdır.**	
00	01	01	10	03		**HBTC'nin bakımı ve temizliği yapılmalıdır.**	
00	01	01	10	04		**HBTC için kalibrasyon ve kalite kontrol testleri çalışılmalı ve kayıt altına alınmalı,** o Kalite kontrol sonuçlarında uygunsuzluk tespit edilmesi halinde düzeltici önleyici faaliyet başlatılmalıdır.	
00	01	01	10	05		**HBTC'yi kullanacak çalışanlara;** o Çalışılacak testlerin preanalitik, analitik ve postanalitik evrelerinde dikkat edilmesi gereken hususlar, o Kalibrasyon ve kalite kontrol sonuçlarının değerlendirilmesi, o Cihazın temizliği ve bakımı hakkında eğitim verilmelidir.	
00	01	01	10	06		**HBTC'de çalışılmış olan tüm test sonuçları, hasta dosyasına kayıt edilmelidir.**	

00	**01**	**01**	**24**	**00**	**H**	**İlaçların güvenli uygulanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	24	02	H	**Tedavi planı hekim tarafından yazılmalı, kaşelenmeli ve imzalanmalı,** o Tedavi planı; ilacın tam adını, uygulama zamanını ve dozunu, uygulama şeklini ve veriliş süresini içermelidir.	
00	01	01	24	03	H	**Hemşire hekimin tedavi planını hemşire gözlem formuna kaydetmelidir.**	
00	01	01	24	04	H	**Tedavi sürecindeki ilaçlar hastaya hemşire tarafından uygulanmalı,** o Stajyerlerin ilaç uygulamaları da hemşire gözetiminde olmalıdır.	
00	**01**	**01**	**25**	**00**	**H**	**İlaçların karışmasını engellemeye yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	25	01	H	**İlaç isimleri kısaltılarak yazılmamalıdır.**	
00	01	01	25	02	H	**Yazılışı, okunuşu, ambalajı birbirine benzeyen ilaçların listeleri hazırlanmalı,** o Listeler kullanım alanında bulunmalıdır.	
00	01	01	25	03	H	**Yazılışı, okunuşu, ambalajı birbirine benzeyen ilaçların dolaplardaki yerleşimi ayrı raflarda yapılmalıdır.**	
00	**01**	**01**	**27**	**00**		**Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**10**
00	01	01	27	01		**Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçlar kilitli alanlarda bulundurulmalıdır.**	
00	01	01	27	02		**Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçların devir teslimi yapılmalıdır. Devir teslim kayıtlarında;** o İlacın hangi hastaya kaç adet kullanıldığı, o İlacın kullanıldığı tarih, o İlacı kimin uyguladığı, o Kime kaç adet ilaç teslim edildiği,	
00	01	01	27	03		**Teslim alan ve teslim edenlerin imzaları bulunmalıdır.**	
00	**01**	**01**	**28**	**00**		**Advers Etki Bildirimi ile ilgili düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	28	03		**Ciddi ve beklenmeyen advers etkiler farmakovijilans sorumlusuna bildirilmelidir.**	
00	**01**	**01**	**33**	**00**		**Kan ve/veya kan ürünleri için istem formu doldurulmalıdır.**	**10**
00	01	01	33	01		**Kan ve/veya kan ürünleri istem formunda;**	

						o Hastanın; » Adı ve soyadı, » Protokol numarası, » Tedavi gördüğü bölüm, » Tanısı, » Kan grubu » Transfüzyon endikasyonu, o Hastaya daha önce transfüzyon yapılıp yapılmadığı, o Hasta kadın ise daha önce doğum yapıp yapmadığı, o Kan ve/veya kan ürününün istem gerekçesi, o Hazırlanacak kan ve/veya kan ürününün türü ve miktarı, o Planlanan veriliş süresi, o Hekim kaşesi ve imzası yer almalıdır.	
00	**01**	**01**	**34**	**00**	**H**	**Transfüzyon sürecinin güvenliğini sağlamaya yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	34	01	H	**Transfüzyon öncesi, çapraz karşılaştırma test sonucu ile hasta bilgileri iki sağlık çalışanı tarafından doğrulanmalıdır.**	
00	01	01	34	02	H	**Transfüzyondan hemen önce, iki sağlık çalışanı tarafından;** o Hastanın kimliği, o Kan ve/veya kan ürününün türü ve miktarı, o Ürünün planlanan veriliş süresi doğrulanmalıdır.	
00	01	01	34	03	H	**Transfüzyonun ilk 15 dakikası sağlık çalışanı tarafından gözlenmelidir.**	
00	01	01	34	04	H	**Transfüzyon boyunca her 30 dakikada bir hastanın vital bulguları izlenmelidir.**	
00	**01**	**01**	**36**	**00**		**Hastanın güvenli transferi sağlanmalıdır.**	**15**
00	**01**	**01**	**45**	**00**	**Ç**	**Çalışanlar tarafından kişisel koruyucu ekipman kullanılmalıdır.**	**15**
00	01	01	45	01	Ç	**Bölüm bazında kullanılması gereken kişisel koruyucu ekipman belirlenmelidir.**	
00	01	01	45	02	Ç	**Kişisel koruyucu ekipman çalışma alanlarında ulaşılabilir olmalıdır.**	
00	01	01	45	03	Ç	**Kişisel koruyucu ekipman kullanımı konusunda çalışanlara eğitim verilmelidir.**	
00	**01**	**01**	**51**	**00**		**Acil müdahale seti bulunmalıdır.**	**15**
00	01	01	51	01		**Sağlık hizmeti sunum alanlarında acil müdahale seti bulunmalıdır.**	
00	01	01	51	02		**Bölümler acil müdahale setinde bulunması gereken ilaç, malzeme ve cihazları belirlemelidir.**	

00	01	01	51	03		**İlaç ve malzemelerin minimum ve maksimum stok seviyeleri belirlenmelidir.**	
00	01	01	51	04		**Minimum ve maksimum stok seviyeleri takip edilmelidir.**	
00	01	01	51	05		**İlaç ve malzemelerin miat takibi yapılmalıdır.**	
00	**01**	**01**	**52**	**00**	**H**	**Tıbbi cihazların yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	52	02	H	**Tıbbi cihazların bölüm bazında envanteri bulunmalıdır.**	
00	01	01	52	03	H	**Tıbbi cihazların bakım, onarım, ölçme, ayar ve kalibrasyonlarına yönelik plan bulunmalı,** o Plan dahilinde cihazların ölçme, ayar ve kalibrasyonları yapılmalıdır.	
00	01	01	52	04	H	**Kalibrasyonu yapılan cihazların kalibrasyon etiketi bulunmalıdır. Etikette;** o Kalibrasyonu yapan firmanın adı, o Kalibrasyon tarihi, o Geçerlilik süresi, o Sertifika numarası bulunmalıdır.	
00	**01**	**01**	**53**	**00**		**Hastanenin temizliğine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	53	01		**Bölüm bazında temizlik planı bulunmalıdır.**	
00	01	01	53	02		**Risk düzeylerine göre temizlik kuralları belirlenmelidir.**	
00	01	01	53	03		**Temizlik malzemeleri ve malzemelerin kullanımı ile ilgili kurallar belirlenmelidir.**	
00	01	01	53	04		**Tüm kapalı ve açık alanların temizlikleri kontrol edilmelidir.** o Kontrol aralıkları, o Kontrol sorumluları belirlenmelidir.	
00	**01**	**01**	**55**	**00**		**Kişisel temizlik alanlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	55	01		**Kişisel temizlik alanlarının kapıları dışarı doğru açılmalıdır.**	
00	01	01	55	02		**Kişisel temizlik alanlarının temizliği sağlanmalıdır.**	
00	01	01	55	03		**Kişisel temizlik alanlarında temizlik malzemeleri bulundurulmalı,** o Sıvı sabun, kâğıt havlu, tuvalet kâğıdı ve poşetli çöp kutusu bulundurulmalıdır.	
00	01	01	55	04		**Sıvı sabun kaplarının üstüne ekleme yapılmamalı,** o Boşalan sabunluk yıkanıp iyice kurutulduktan sonra tekrar doldurulmalıdır.	
00	**01**	**01**	**64**	**00**		**Hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik düzenlemeler bulunmalıdır.**	**10**

00	**01**	**01**	**66**	**00**		**Hasta yatakları kullanıma hazır olmalıdır.**	**10**
00	01	01	66	01		Çarşaf, nevresim ve yastık kılıfları temiz ve ütülü olmalıdır.	
00	01	01	66	02		Çarşaf, nevresim ve yastık kılıfı her gün ve gerektiğinde değiştirilmelidir.	
00	**01**	**03**	**06**	**00**		**El hijyenini sağlamaya yönelik malzeme bulunmalıdır.**	**15**
00	01	03	06	01		Sağlık hizmeti sunulan alanlarda alkol bazlı el antiseptikleri bulunmalıdır.	
00	01	03	06	02		Her yatak başında alkol bazlı el antiseptik solüsyonları bulunmalıdır.	
00	**01**	**08**	**04**	**00**		**Atıkların kaynağında ayrıştırılmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	08	04	01		Her bölüm için atıklar belirlenmelidir.	
00	01	08	04	02		Uygun atık kutuları kullanılmalıdır.	
00	**01**	**01**	**69**	**00**		**Laboratuvara gönderilecek örneklere yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**10**
00	01	01	69	01		Örnekler için bölüm bazında örnek toplama alanı belirlenmelidir. o Örnekler düzenli bir şekilde muhafaza edilmelidir.	

DOĞUM HİZMETLERİ

Revizyon	Dikey Boyut	Bölüm No	Standart No	Değerlendirme Ölçütü	Yatay Boyut	STANDARTLAR	Puan
00	**02**					**SAĞLIK HİZMETİ YÖNETİMİ**	
00	02	18				**DOĞUM HİZMETLERİ**	325
00	**02**	**18**	**01**	**00**		**Doğumhaneye yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**10**
00	02	18	01	01		**Doğumhane girişinde çalışanlar için giyinme odası bulunmalıdır.**	
00	02	18	01	02		**Doğum öncesi izlem ve doğum işlemi tek kişilik odalarda yapılmalıdır.**	
00	02	18	01	03		**Doğum öncesi izlem, doğum ve doğum sonrası bakım odalarında yatak başı tıbbi gaz sistemi bulunmalıdır.**	
00	**02**	**18**	**02**	**00**		**Doğumhanede doğum süreci için gerekli ekipman bulunmalıdır.**	**10**
00	02	18	02	01		**Doğumhanede;** o En az 1 adet oftalmoskop, o Forseps ve vakum bulunmalıdır.	
00	02	18	02	02		**Her doğum odasında;** o Bebek ısıtıcısı (warmer), o Bebek aspiratörü, o Laringoskop o Uygun boyutta balon-valf maske sistemi bulunmalıdır.	
00	02	18	02	03		**Doğumhanede transport kuvözü bulunmalıdır.** o Transport kuvözü dahili olarak şarj edilebilen bataryaya sahip olmalı ve harici DC (Doğru Akım) batarya ile çalışabilmeli, o Transport kuvözün üzerinde iki O_2 tüpünün yerleştirileceği dahili yuvası ve iki O_2 tüpü olmalıdır.	
00	**02**	**18**	**03**	**00**		**Doğumhanede anne/bebek bakım ve izlemine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	02	18	03	01		**Doğum eyleminde "Doğum Eylemi Yönetim Rehberi" kullanılmalı,** o Acil durumlar hariç her doğum eylemi partograf ile izlenmeli, o Hasta dosyalarında partograf kayıtları bulunmalıdır.	

00	02	18	03	02		**Yenidoğan bebek, "Bebek ve Çocuk İzlem Protokolü" doğrultusunda izlenmeli,** o Bebeğe ilk 24 saatte kaç izlem yapıldığı ve izlem içeriği kayıt altına alınmalıdır.	
00	02	18	03	03		**Annenin takibi "Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi"ne göre yapılmalı,** o Anneye ilk 24 saatte kaç izlem yapıldığı ve izlem içeriği kayıt altına alınmalı, o Normal vajinal doğumdan sonra en az 24 saat, sezaryan ile doğumdan sonra en az 48 saat anne ve yenidoğan hastanede izlenmelidir.	
00	**01**	**01**	**09**	**00**		**İlaç ve kit muhafaza edilen buzdolaplarının sıcaklık takipleri yapılmalıdır.**	**10**
00	01	01	09	01		**Buzdolaplarının içinde bulunan malzemelere göre sıcaklık takibi yapılmalıdır.**	
00	**01**	**01**	**10**	**00**		**Hasta Başı Test Cihazlarının (HBTC) kullanımı düzenlenmelidir.**	**15**
00	01	01	10	01		**HBTC'nin kullanıldığı bölümlerde sorumlular belirlenmelidir.**	
00	01	01	10	02		**HBTC'nin envanteri tutulmalıdır.**	
00	01	01	10	03		**HBTC'nin bakımı ve temizliği yapılmalıdır.**	
00	01	01	10	04		**HBTC için kalibrasyon ve kalite kontrol testleri çalışılmalı ve kayıt altına alınmalı,** o Kalite kontrol sonuçlarında uygunsuzluk tespit edilmesi halinde düzeltici önleyici faaliyet başlatılmalıdır.	
00	01	01	10	05		**HBTC'yi kullanacak çalışanlara;** o Çalışılacak testlerin preanalitik, analitik ve postanalitik evrelerinde dikkat edilmesi gereken hususlar, o Kalibrasyon ve kalite kontrol sonuçlarının değerlendirilmesi, o Cihazın temizliği ve bakımı hakkında eğitim verilmelidir.	
00	01	01	10	06		**HBTC'de çalışılmış olan tüm test sonuçları, hasta dosyasına kayıt edilmelidir.**	
00	**01**	**01**	**21**	**00**	**H**	**Hasta kimliğinin doğrulanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**	**20**
00	01	01	21	01	H	**Yatışı yapılan her hastada (günü birlik hastalar dahil) beyaz renkli kimlik tanımlayıcı kullanılmalıdır.** o Alerjik hastalarda ise sadece kırmızı renkli kimlik tanımlayıcı kullanılmalı,	

						o Hasta kimlik tanımlayıcı barkotlu olmalı, o Kimlik tanımlayıcıda; protokol numarası, hasta adı-soyadı, doğum tarihi (gün/ay/yıl) bilgileri yer almalı,	
00	01	01	21	02	H	**Tanı ve tedavi için yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanmalıdır.**	
00	01	01	21	04	H	**Doğum sırasında kız bebeklere pembe, erkek bebeklere mavi kimlik tanımlayıcı kullanılmalıdır.** o Aynı seri numaralı anne-bebek kimlik tanımlayıcısı kullanılmalı, o Annedeki beyaz kimlik tanımlayıcı bebeğin cinsiyetine göre belirlenen kimlik tanımlayıcı ile değiştirilmeli, o Bebeğin kimlik tanımlayıcısında; annenin adı-soyadı, bebeğin doğum tarihi (gün/ay/yıl) bilgileri ve anne veya bebeğin protokol numarası bulunmalıdır.	
00	01	01	21	05	H	**Sağlık çalışanları, hasta kimlik tanımlayıcıların kullanımı ve hasta kimliğinin doğrulanması konusunda eğitilmelidir.**	
00	**01**	**01**	**25**	**00**	**H**	**İlaçların karışmasını engellemeye yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	25	01	H	**İlaç isimleri kısaltılarak yazılmamalıdır.**	
00	01	01	25	02	H	**Yazılışı, okunuşu, ambalajı birbirine benzeyen ilaçların listeleri hazırlanmalı,** o Listeler kullanım alanında bulunmalıdır.	
00	01	01	25	03	H	**Yazılışı, okunuşu, ambalajı birbirine benzeyen ilaçların dolaplardaki yerleşimi ayrı raflarda yapılmalıdır.**	
00	**01**	**01**	**27**	**00**		**Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**10**
00	01	01	27	01		**Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçlar kilitli alanlarda bulundurulmalıdır.**	
00	01	01	27	02		**Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçların devir teslimi yapılmalıdır. Devir teslim kayıtlarında;** o İlacın hangi hastaya kaç adet kullanıldığı, o İlacın kullanıldığı tarih, o İlacı kimin uyguladığı, o Kime kaç adet ilaç teslim edildiği,	
00	01	01	27	03		**Teslim alan ve teslim edenlerin imzaları kayıt edilmelidir**	
00	**01**	**01**	**28**	**00**		**Advers Etki Bildirimi ile ilgili düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	28	03		**Ciddi ve beklenmeyen advers etkiler farmakovijilans sorumlusuna bildirilmelidir.**	

00	**01**	**01**	**31**	**00**	**H**	**Sözel istem uygulamasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	31	01	H	**Sözel istem uygulama sürecinde;** o İstem , istemi alan kişi tarafından yazılmalı, o Yazan kişi tarafından yazılı istem geri okunmalı, » Gerektiğinde verilen ilacın adı kodlama yöntemi ile tekrar edilmeli, o İstemi veren kişi tarafından istemin doğruluğu sözel olarak onaylanmalıdır.	
00	01	01	31	02	H	**Sözel istem en geç 24 saat içerisinde hekim tarafından tedavi planına yazılmalıdır.**	
00	01	01	31	03	H	**Sözel istem uygulaması hakkında hemşire ve hekimlere eğitim verilmelidir.**	
00	**01**	**01**	**33**	**00**		**Kan ve/veya kan ürünleri için istem formu doldurulmalıdır.**	**10**
00	01	01	33	01		**Kan ve/veya kan ürünleri istem formunda;** o Hastanın; » Adı ve soyadı, » Protokol numarası, » Tedavi gördüğü bölüm, » Tanısı, » Kan grubu, » Transfüzyon endikasyonu, o Hastaya daha önce transfüzyon yapılıp yapılmadığı, o Hasta kadın ise daha önce doğum yapıp yapmadığı, o Kan ve/veya kan ürününün istem gerekçesi, o Hazırlanacak kan ve/veya kan ürününün türü ve miktarı, o Planlanan veriliş süresi, o Hekim kaşesi ve imzası yer almalıdır.	
00	**01**	**01**	**34**	**00**	**H**	**Transfüzyon sürecinin güvenliğini sağlamaya yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	34	01	H	**Transfüzyon öncesi, çapraz karşılaştırma test sonucu ile hasta bilgileri iki sağlık çalışanı tarafından doğrulanmalıdır.**	
00	01	01	34	02	H	**Transfüzyondan hemen önce, iki sağlık çalışanı tarafından;** o Hastanın kimliği, o Kan ve/veya kan ürününün türü ve miktarı, o Ürünün planlanan veriliş süresi doğrulanmalıdır.	

00	01	01	34	03	H	Transfüzyonun ilk 15 dakikası sağlık çalışanı tarafından gözlenmelidir.	
00	01	01	34	04	H	Transfüzyon boyunca her 30 dakikada bir hastanın vital bulguları izlenmelidir.	
00	**01**	**01**	**36**	**00**		**Hastanın güvenli transferi sağlanmalıdır.**	**15**
00	**01**	**01**	**45**	**00**	**Ç**	**Çalışanlar tarafından kişisel koruyucu ekipman kullanılmalıdır.**	**15**
00	01	01	45	01	Ç	Bölüm bazında kullanılması gereken kişisel koruyucu ekipman belirlenmelidir.	
00	01	01	45	02	Ç	Kişisel koruyucu ekipman çalışma alanlarında ulaşılabilir olmalıdır.	
00	01	01	45	03	Ç	Kişisel koruyucu ekipman kullanımı konusunda çalışanlara eğitim verilmelidir.	
00	**01**	**01**	**51**	**00**		**Acil müdahale seti bulunmalıdır.**	**15**
00	01	01	51	01		Sağlık hizmeti sunum alanlarında acil müdahale seti bulunmalıdır.	
00	01	01	51	02		Bölümler acil müdahale setinde bulunması gereken ilaç, malzeme ve cihazları belirlemelidir.	
00	01	01	51	03		İlaç ve malzemelerin minimum ve maksimum stok seviyeleri belirlenmelidir.	
00	01	01	51	04		Minimum ve maksimum stok seviyeleri takip edilmelidir.	
00	01	01	51	05		İlaç ve malzemelerin miat takibi yapılmalıdır.	
00	**01**	**01**	**52**	**00**	**H**	**Tıbbi cihazların yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	52	02	H	Tıbbi cihazların bölüm bazında envanteri bulunmalıdır.	
00	01	01	52	03	H	Tıbbi cihazların bakım, onarım, ölçme, ayar ve kalibrasyonlarına yönelik plan bulunmalı, o Plan dahilinde cihazların ölçme, ayar ve kalibrasyonları yapılmalıdır.	
00	01	01	52	04	H	Kalibrasyonu yapılan cihazların kalibrasyon etiketi bulunmalıdır. Etikette; o Kalibrasyonu yapan firmanın adı, o Kalibrasyon tarihi, o Geçerlilik süresi, o Sertifika numarası bulunmalıdır.	
00	**01**	**01**	**53**	**00**		**Hastanenin temizliğine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	53	01		Bölüm bazında temizlik planı bulunmalıdır.	
00	01	01	53	02		Risk düzeylerine göre temizlik kuralları belirlenmelidir.	
00	01	01	53	03		Temizlik malzemeleri ve malzemelerin kullanımı ile ilgili kurallar belirlenmelidir.	

00	01	01	53	04		Tüm kapalı ve açık alanların temizlikleri kontrol edilmelidir. o Kontrol aralıkları, o Kontrol sorumluları belirlenmelidir.	
00	**01**	**01**	**55**	**00**		**Kişisel temizlik alanlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	55	01		Kişisel temizlik alanlarının kapıları dışarı doğru açılmalıdır.	
00	01	01	55	02		Kişisel temizlik alanlarının temizliği sağlanmalıdır.	
00	01	01	55	03		Kişisel temizlik alanlarında temizlik malzemeleri bulundurulmalı, o Sıvı sabun, kâğıt havlu, tuvalet kâğıdı ve poşetli çöp kutusu bulundurulmalıdır.	
00	01	01	55	04		Sıvı sabun kaplarının üstüne ekleme yapılmamalı, o Boşalan sabunluk yıkanıp iyice kurutulduktan sonra tekrar doldurulmalıdır.	
00	**01**	**01**	**64**	**00**		**Hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik düzenlemeler bulunmalıdır.**	**10**
00	**01**	**01**	**66**	**00**		**Hasta yatakları kullanıma hazır olmalıdır.**	**10**
00	01	01	66	01		Çarşaf, nevresim ve yastık kılıfları temiz ve ütülü olmalıdır.	
00	01	01	66	02		Çarşaf, nevresim ve yastık kılıfı her gün ve gerektiğinde değiştirilmelidir.	
00	**01**	**02**	**02**	**00**		**Hastanın bölüme kabulünde genel durumu değerlendirilmelidir.**	**15**
00	**01**	**02**	**05**	**00**		**Hasta/hasta yakınları hastanın genel durumu ve tedavi süreci hakkında hekim tarafından bilgilendirilmelidir.**	**10**
00	**01**	**03**	**06**	**00**		**El hijyenini sağlamaya yönelik malzeme bulunmalıdır.**	**15**
00	01	03	06	01		Sağlık hizmeti sunulan alanlarda alkol bazlı el antiseptikleri bulunmalıdır.	
00	01	03	06	02		Her yatak başında alkol bazlı el antiseptik solüsyonları bulunmalıdır.	
00	**01**	**08**	**04**	**00**		**Atıkların kaynağında ayrıştırılmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	08	04	01		Her bölüm için atıklar belirlenmelidir.	
00	01	08	04	02		Uygun atık kutuları kullanılmalıdır.	

PSİKİYATRİ HİZMETLERİ

Revizyon	Dikey Boyut	Bölüm No	Standart No	Değerlendirme Ölçütü	Yatay Boyut	STANDARTLAR	Puan
00	02	19				**PSİKİYATRİ HİZMETLERİ**	540
00	**02**	**19**	**01**	**00**		**Psikiyatri klinik/servislerine yönelik fiziki düzenleme bulunmalıdır.**	**10**
00	02	19	01	01		Rehabilitasyon alanları bulunmalıdır.	
00	02	19	01	02		Sigara içen hastalar için sigara içme alanı bulunmalıdır.	
00	02	19	01	03		Ziyaret için ayrı bir alan bulunmalıdır.	
00	02	19	01	04		Hastaların açık havadan faydalanabilecekleri alan bulunmalıdır.	
00	02	19	01	05		Klinik/serviste kaçma veya intihar olasılığını engelleyecek düzenlemeler bulunmalı; o Tavan tek parça olmalı, o Tavana monte teçhizat emniyetli veya gizli olmalı, o Pencereler yarı açılır ya da açılmaz olmalı,	
00	02	19	01	06		Her 4 yatağa en az bir tuvalet ve lavabo olmalıdır.	
00	02	19	01	07		Her 8 yatağa en az bir banyo olmalıdır.	
00	02	19	01	08		Klinik/servise giriş-çıkışlar ve hastaların ortak kullanım alanları kamera ile izlenmelidir.	
00	**02**	**19**	**02**	**00**		**Hasta odalarına yönelik fiziki düzenleme yapılmalıdır**	**10**
00	02	19	02	01		Hasta odaları en fazla iki kişilik düzenlenmeli, o Her hastanın tanımlanmış yatağı olmalıdır.	
00	02	19	02	02		Odada kişisel kullanım için duvara monte dolap ve etajer bulunmalıdır.	
00	02	19	02	03		Odanın boya rengi uyarıcı olmamalıdır.	
00	02	19	02	04		Odada bulunan malzemeler ahşap ve yuvarlak kenarlı olmalıdır.	
00	02	19	02	05		Havalandırma yeterli olmalıdır.	
00	02	19	02	06		Doğal aydınlanma yeterli olmalıdır.	
00	**02**	**19**	**03**	**00**		**Klinik/servisin işleyişine yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır.**	**5**

00	02	19	03	01		**Yazılı düzenleme;** o Akut ve kronik hasta kabul kriterleri, o Tedavi ve aktivite planları ile ilgili işleyişi, o Hastanın klinik/servise her girişinde, kendisine ve/veya çevresine zarar verebileceği nesneler yönünden kontrolü, o Akut eksite hastalar ve tıbbi sorunlu hastalarla ilgili tedavi yaklaşımları, o Tedavi edici ortam koşulları, o Tanı ve tedavi için gerekli görülen konsültasyon hizmetlerinin nasıl verileceği, o Hastaların telefonla görüşme şekli, zamanı ve süresini, o Hasta ve hasta yakınlarına verilecek eğitimleri, o Taburculuk işlemleri ve taburculuk sonrası takip sürecini, o Adli konular ile ilgili süreçleri kapsamalıdır.	
00	**02**	**19**	**04**	**00**		**Kısıtlamaya yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	02	19	04	01		**Kısıtlama uygulamasına yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır. Yazılı düzenleme;** o Fiziksel/mekanik ve kimyasal kısıtlama uygulamasını, o Kısıtlanan hastanın kısıtlama süresinin hekim istemine göre yapılmasını, o Uzun süreli kısıtlamalarda hekimin belirleyeceği aralıklarla hastanın mobilize edilmesini kapsamalıdır.	
00	02	19	04	02		**Kısıtlama yapılan hastalara bilgilendirme yapılmalıdır.**	
00	02	19	04	03		**Acil durumlarda sözel istem ile kısıtlama kararı verildiğinde hasta hekim tarafından ilk 15 dakika içinde görülmelidir.**	
00	02	19	04	04		**Kısıtlama uygulaması, sağlık çalışanı refakatinde yapılmalıdır.**	
00	02	19	04	05		**Kısıtlama için kullanılan malzemeler hastanın hareket etmesini sağlayacak, hastanın dolaşımını bozmayacak nitelikte olmalıdır.**	
00	02	19	04	06		**Kısıtlama tek kişilik odalarda yapılmalıdır.**	
00	**02**	**19**	**05**	**00**		**Tecrit uygulamasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	02	19	05	01		**Tecrit uygulama kararı hekim tarafından verilmelidir.**	
00	02	19	05	02		**Tecrit odasına alınan hastalar ile ilgili kurallar belirlenmelidir.**	
00	02	19	05	03		**Tecrit odası;** o Yumuşak duvar ve zemine, o Hastanın kendisine zarar verebileceği risklere karşı önlemlere, o Tecritteki hastaları gözlemleyebilecek düzenlemeye sahip olmalıdır.	

00	**02**	**19**	**06**	**00**		**Elektrokonvulsif Tedavi (EKT) ile ilgili düzenleme yapılmalıdır.**	**10**
00	02	19	06	01		**EKT ile ilgili yazılı düzenleme hazırlanmalı,** o EKT alacak hastanın hazırlığını, o Tedavi sonrası izlemi, o Özel dönem ve durumlarda EKT uygulamasında alınması gereken önlemleri kapsamalıdır.	
00	02	19	06	02		**EKT sonrası komplikasyonlar açısından takip edilmelidir.**	
00	02	19	06	03		**EKT ünitesi psikiyatri kliniklerinden ayrı olmalı,** o Ünite içinde hazırlık odası, uygulama odası, derlenme odası bulunmalı, » Havalandırma ve ışıklandırma sağlanmalıdır.	
00	**02**	**19**	**07**	**00**		**Sosyal destek hizmeti verilmelidir.**	**10**
00	02	19	07	01		**Sosyal destek hizmeti sunumunda;** o Yatan her hasta değerlendirilmeli, o Hastaların taburculuk sonrası sosyal yaşama devamı yönünden planlama yapılmalıdır.	
00	**02**	**19**	**08**	**00**		**Yakın gözlem gerektiren hastalara yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**10**
00	02	19	08	01		**Yakın gözlem gerektiren hastalar belirlenmelidir.**	
00	02	19	08	02		**Hastalar bir plan dahilinde gözlemlenmelidir.**	
00	02	19	08	03		**Gözlem sonuçları değerlendirilmelidir.**	
00	**02**	**19**	**09**	**00**		**Hastaların güvenliğine yönelik önlemler alınmalıdır.**	**15**
00	02	19	09	01		**Hastayı psikolojik zararlardan ve uygunsuz karşılaşmalardan koruyucu düzenlemeler yapılmalıdır.**	
00	02	19	09	02		**Hastanın kendisine ve çevresine zarar vermesini engelleyecek düzenlemeler yapılmalıdır.**	
00	02	19	09	03		**Hemşire odaları tüm birimi görecek şekilde düzenlenmelidir.**	
00	02	19	09	04		**İlaçların bulunduğu odaya giriş kontrollü olmalıdır.**	
00	**02**	**19**	**10**	**00**		**İstem dışı yatışı yapılan hastalara yönelik düzenleme bulunmalıdır.**	**10**
00	02	19	10	01		**Yakını olup istem dışı yatışı yapılan hastalarda;** o Veli/vasisinin rızası alınmalıdır.	
00	02	19	10	02		**Yakını olmayıp istem dışı yatışı yapılan hastalarda;** o En az iki psikiyatrist imzası ile sağlık kurulu kararı ile hastanın yatışı yapılmalıdır. o 48 saat içinde bu rapora istinaden mahkeme kararı alınmalı, o Mahkeme kararının bir nüshası dosyada bulunmalıdır. o Taburculuk kararı mahkemeye bildirilmelidir.	

00	**02**	**19**	**11**	**00**		**Hastanın öz bakımının planlanması ve/veya yapılması sağlanmalıdır.**	**10**
00	02	19	11	01		Hastaların kılık kıyafetlerinin temiz olması sağlanmalıdır.	
00	02	19	11	02		Hastaların saç bakımı ve traşları yapılmalıdır.	
00	02	19	11	03		Hastaların yeme, içme, banyo ve tuvalet ihtiyaçları karşılanmalıdır.	
00	02	19	11	04		Hastaların öğün dışı yeme içme ihtiyaçları için gerekli düzenlemeler olmalıdır.	
00	**02**	**19**	**12**	**00**		**Hastalara yönelik rehabilitasyon faaliyetleri düzenlenmelidir.**	**10**
00	02	19	12	01		Hasta ve yakınları, rehabilitasyon faaliyetlerinin programı konusunda bilgilendirilmelidir.	
00	02	19	12	02		Günaydın ve/veya sorun toplantıları yapılmalıdır.	
00	02	19	12	03		Resim, elişi, bilgisayar kullanma gibi aktivite grupları oluşturulmalıdır.	
00	02	19	12	04		Otobüse binme, fatura ödeme vb. sosyal beceri eğitim grupları olmalıdır.	
00	02	19	12	05		Fiziksel egzersiz grupları olmalıdır.	
00	**02**	**19**	**13**	**00**		**Hastaların kullandığı bahçede düzenlemeler yapılmalıdır.**	**10**
00	02	19	13	01		Bahçede; o Yürüyüş alanları, o Oturma alanları, o Spor alanları bulunmalıdır.	
00	02	19	13	02		Bahçe duvarları hasta kaçışını engelleyecek düzenlemeye sahip olmalıdır.	
00	02	19	13	03		Bahçe kontrolüne yönelik düzenleme yapılmalı, o Bahçe güvenliği sorumluları, o Gün içinde kontrol aralıkları belirlenmelidir.	
00	**02**	**19**	**14**	**00**		**Hasta ve yakınları için eğitim programı düzenlenmelidir.**	**10**
00	02	19	14	01		Eğitim programı; o Hasta ve yakınları için psikoeğitim, o Taburculuk sonrası eğitim konularını kapsamalıdır.	
00	**02**	**19**	**15**	**00**		**Çalışan güvenliğini sağlamaya yönelik eğitim programı düzenlenmelidir.**	**10**
00	02	19	15	01		Çalışanlara; o Psikiyatri hastaları ile baş etme, o İletişim, o Kriz yönetimi eğitimi verilmelidir. o Psikologlar tarafından paylaşım grup toplantıları düzenlenmelidir.	

00	**02**	**19**	**16**	**00**	**G**	**Olay bildirimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**20**
00	**02**	**19**	**17**	**00**		**Tekrar yatış oranlarının takibine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	02	19	17	01		Tekrar yatış oranları kayıt altına alınmalıdır.	
00	02	19	17	02		Konu ile ilgili istatistiksel analiz yapılmalıdır.	
00	02	19	17	03		Sonuçlar değerlendirilmelidir.	
00	02	19	17	04		Gerekli görüldüğünde düzeltici önleyici faaliyet başlatılmalıdır.	
00	**02**	**19**	**18**	**00**		**Klinikte hastaların uyması gereken kurallar belirlenmelidir.**	**10**
00	02	19	18	01		Klinik sorumluları tarafından kurallar belirlenmeli,	
00	02	19	18	02		Hastalar kurallar hakkında bilgilendirilmelidir.	
00	**01**	**01**	**09**	**00**		**İlaç ve kit muhafaza edilen buzdolaplarının sıcaklık takipleri yapılmalıdır.**	**10**
00	01	01	09	01		Buzdolaplarının içinde bulunan malzemelere göre sıcaklık takibi yapılmalıdır.	
00	**01**	**01**	**10**	**00**		**Hasta Başı Test Cihazlarının (HBTC) kullanımı düzenlenmelidir.**	**15**
00	01	01	10	01		HBTC'nin kullanıldığı bölümlerde sorumlular belirlenmelidir.	
00	01	01	10	02		HBTC'nin envanteri tutulmalıdır.	
00	01	01	10	03		HBTC'nin bakımı ve temizliği yapılmalıdır.	
00	01	01	10	04		HBTC için kalibrasyon ve kalite kontrol testleri çalışılmalı ve kayıt altına alınmalı, o Kalite kontrol sonuçlarında uygunsuzluk tespit edilmesi halinde düzeltici önleyici faaliyet başlatılmalıdır.	
00	01	01	10	05		HBTC'yi kullanacak çalışanlara; o Çalışılacak testlerin preanalitik, analitik ve postanalitik evrelerinde dikkat edilmesi gereken hususlar, o Kalibrasyon ve kalite kontrol sonuçlarının değerlendirilmesi, o Cihazın temizliği ve bakımı hakkında eğitim verilmelidir.	
00	01	01	10	06		HBTC'de çalışılmış olan tüm test sonuçları, hasta dosyasına kayıt edilmelidir.	
00	**01**	**01**	**21**	**00**	**H**	**Hasta kimliğinin doğrulanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**	**20**
00	01	01	21	02	H	Tanı ve tedavi için yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanmalıdır.	
00	01	01	21	03	H	Psikiyatri klinik hastaları için kullanılacak kimlik tanımlayıcısı hastane tarafından belirlenmelidir.	
00	01	01	21	05	H	Sağlık çalışanları, kimlik tanımlayıcıların kullanımı ve hasta kimliğinin doğrulanması konusunda eğitilmelidir.	

00	**01**	**01**	**23**	**00**	**H**	**Hastanın beraberinde getirdiği ilaçların yönetimine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.**	**15**
00	01	01	23	01	H	**Hastanın beraberinde getirdiği ilaçlar hemşire tarafından teslim alınmalıdır.**	
00	01	01	23	02	H	**Teslim alınan ilaçların miat kontrolü yapılmalı,**	
00	01	01	23	03	H	**Hastanın beraberinde getirdiği ilaçlar hekimi tarafından kontrol edilmelidir.**	
00	01	01	23	04	H	**Hastanın beraberinde getirdiği ilaçlar hemşire tarafından uygulanmalıdır.**	
00	**01**	**01**	**24**	**00**	**H**	**İlaçların güvenli uygulanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	24	01	H	**İlaçlar, kapalı kaplarda ve kişiye özel olarak hazırlanmalı,** o Kaplarda hastaların kimlik tanımlayıcı bilgileri bulunmalıdır.	
00	01	01	24	02	H	**Tedavi planı hekim tarafından yazılmalı, kaşelenmeli ve imzalanmalı,** o Tedavi planı; ilacın tam adını, uygulama zamanını ve dozunu, uygulama şeklini ve veriliş süresini içermelidir.	
00	01	01	24	03	H	**Hemşire hekimin tedavi planını hemşire gözlem formuna kaydetmelidir.**	
00	01	01	24	04	H	**Tedavi sürecindeki ilaçlar hastaya hemşire tarafından uygulanmalı,** o Stajyerlerin ilaç uygulamaları da hemşire gözetiminde olmalıdır.	
00	**01**	**01**	**25**	**00**	**H**	**İlaçların karışmasını engellemeye yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	25	01	H	**İlaç isimleri kısaltılarak yazılmamalıdır.**	
00	01	01	25	02	H	**Yazılışı, okunuşu, ambalajı birbirine benzeyen ilaçların listeleri hazırlanmalı,** o Listeler kullanım alanında bulunmalıdır.	
00	01	01	25	03	H	**Yazılışı, okunuşu, ambalajı birbirine benzeyen ilaçların dolaplardaki yerleşimi ayrı raflarda yapılmalıdır.**	
00	**01**	**01**	**27**	**00**		**Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**10**
00	01	01	27	01		**Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçlar kilitli alanlarda bulundurulmalıdır.**	
00	01	01	27	02		**Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçların devir teslimi yapılmalıdır. Devir teslim kayıtlarında;** o İlacın hangi hastaya kaç adet kullanıldığı, o İlacın kullanıldığı tarih, o İlacı kimin uyguladığı, o Kime kaç adet ilaç teslim edildiği,	
00	01	01	27	03		**Teslim alan ve teslim edenlerin imzaları kayıt edilmelidir**	

00	**01**	**01**	**28**	**00**		**Advers Etki Bildirimi ile ilgili düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	28	03		**Ciddi ve beklenmeyen advers etkiler farmakovijilans sorumlusuna bildirilmelidir.**	
00	**01**	**01**	**31**	**00**	**H**	**Sözel istem uygulamasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	31	01	H	**Sözel istem uygulama sürecinde;** o İstem, istemi alan kişi tarafından yazılmalı, o Yazılan kişi tarafından yazılı istem geri okunmalı, » Gerektiğinde verilen ilacın adı kodlama yöntemi ile tekrar edilmeli, o İstemi veren kişi tarafından istemin doğruluğu sözel olarak onaylanmalıdır.	
00	01	01	31	02	H	**Sözel istem hekim tarafından en geç 24 saat içerisinde tedavi planına yazılmalıdır.**	
00	01	01	31	03	H	**Sözel istem uygulaması hakkında hemşire ve hekimlere eğitim verilmelidir.**	
00	**01**	**01**	**36**	**00**		**Hastanın güvenli transferi sağlanmalıdır.**	**15**
00	**01**	**01**	**38**	**00**	**H**	**Yatan hastaların düşmelerinin önlenmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**20**
00	01	01	38	01	H	**Yatan hasta, bölüme kabulünde düşme riski yönünden değerlendirilmeli,** o Değerlendirme, hastane tarafından belirlenen bir ölçekle yapılmalı, o Hastanın klinik durumuna göre düşme riski değerlendirmesi tekrarlanmalıdır.	
00	01	01	38	02	H	**Düşme riski olan hastalar için, hastanın risk düzeyine yönelik önlemler alınmalıdır.** o Düşme riski olan hastalar beyaz kelebek figürü ile tanımlanmalı ve bu tanımlayıcı hastanın odasının giriş kapısında bulunmalıdır	
00	01	01	38	03	H	**Yatan hastalarda düşme olayı gerçekleştiğinde kalite yönetim birimine bildirim yapılmalı,** o Olay ile ilgili gerekli düzeltici önleyici çalışmalar başlatılmalıdır.	
00	**01**	**01**	**39**	**00**		**Yatan hastalarda hareket kısıtlamasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**10**
00	01	01	39	01		**Hareket kısıtlama kararı hekim tarafından verilmeli,** o Hareket kısıtlama kararı tedavi planında yer almalı, o Tedavi planında; » Uygulamanın başladığı tarih ve saat, » Uygulamanın hangi aralıklarla kontrol edileceği, » Uygulamanın sonlandırıldığı tarih ve saat belirtilmelidir.	

00	01	01	39	02		Kısıtlılığın devamı ile ilgili karar en geç 24 saatte bir gözden geçirilmelidir.	
00	**01**	**01**	**45**	**00**	**Ç**	**Çalışanlar tarafından kişisel koruyucu ekipman kullanılmalıdır.**	**15**
00	01	01	45	01	Ç	Bölüm bazında kullanılması gereken kişisel koruyucu ekipman belirlenmelidir.	
00	01	01	45	02	Ç	Kişisel koruyucu ekipman çalışma alanlarında ulaşılabilir olmalıdır.	
00	01	01	45	03	Ç	Kişisel koruyucu ekipman kullanımı konusunda çalışanlara eğitim verilmelidir.	
00	**01**	**01**	**51**	**00**		**Acil müdahale seti bulunmalıdır.**	**15**
00	01	01	51	01		Sağlık hizmeti sunum alanlarında acil müdahale seti bulunmalıdır.	
00	01	01	51	02		Bölümler acil müdahale setinde bulunması gereken ilaç, malzeme ve cihazları belirlemelidir.	
00	01	01	51	03		İlaç ve malzemelerin minimum ve maksimum stok seviyeleri belirlenmelidir.	
00	01	01	51	04		Minimum ve maksimum stok seviyeleri takip edilmelidir.	
00	01	01	51	05		İlaç ve malzemelerin miat takibi yapılmalıdır.	
00	**01**	**01**	**52**	**00**	**H**	**Tıbbi cihazların yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	52	02	H	Tıbbi cihazların bölüm bazında envanteri bulunmalıdır.	
00	01	01	52	03	H	Tıbbi cihazların bakım, onarım, ölçme, ayar ve kalibrasyonlarına yönelik plan bulunmalı, o Plan dahilinde cihazların ölçme, ayar ve kalibrasyonları yapılmalıdır.	
00	01	01	52	04	H	Kalibrasyonu yapılan cihazların kalibrasyon etiketi bulunmalıdır. Etikette; o Kalibrasyonu yapan firmanın adı, o Kalibrasyon tarihi, o Geçerlilik süresi, o Sertifika numarası bulunmalıdır.	
00	**01**	**01**	**53**	**00**		**Hastanenin temizliğine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	53	01		Bölüm bazında temizlik planı bulunmalıdır.	
00	01	01	53	02		Risk düzeylerine göre temizlik kuralları belirlenmelidir.	
00	01	01	53	03		Temizlik malzemeleri ve malzemelerin kullanımı ile ilgili kurallar belirlenmelidir.	
00	01	01	53	04		Tüm kapalı ve açık alanların temizlikleri kontrol edilmelidir. o Kontrol aralıkları, o Kontrol sorumluları belirlenmelidir.	

00	**01**	**01**	**55**	**00**		**Kişisel temizlik alanlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	55	01		**Kişisel temizlik alanlarının kapıları dışarı doğru açılmalıdır.**	
00	01	01	55	02		**Kişisel temizlik alanlarının temizliği sağlanmalıdır.**	
00	01	01	55	03		**Kişisel temizlik alanlarında temizlik malzemeleri bulundurulmalı,** o Sıvı sabun, kâğıt havlu, tuvalet kâğıdı ve poşetli çöp kutusu bulundurulmalıdır.	
00	01	01	55	04		**Sıvı sabun kaplarının üstüne ekleme yapılmamalı,** o Boşalan sabunluk yıkanıp iyice kurutulduktan sonra tekrar doldurulmalıdır.	
00	**01**	**01**	**64**	**00**		**Hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik düzenlemeler bulunmalıdır.**	**10**
00	**01**	**01**	**66**	**00**		**Hasta yatakları kullanıma hazır olmalıdır.**	**10**
00	01	01	66	01		**Çarşaf, nevresim ve yastık kılıfları temiz ve ütülü olmalıdır.**	
00	01	01	66	02		**Çarşaf, nevresim ve yastık kılıfı her gün ve gerektiğinde değiştirilmelidir.**	
00	**01**	**02**	**02**	**00**		**Hastanın bölüme kabulünde genel durumu değerlendirilmelidir.**	**15**
00	**01**	**02**	**03**	**00**		**Hasta gereksinimleri doğrultusunda hemşire bakım planı düzenlenmelidir.**	**15**
00	01	02	03	01		**Hemşire bakım planı hekim tedavi planı ile koordineli olmalıdır.**	
00	01	02	03	02		**Hemşire bakım planına;** o Hastanın bakım gereksinimleri, o Bakım gereksinimlerine yönelik hedefler, o Bakım gereksinimlerine yönelik uygulamalar, o Uygulama sonuçlarının değerlendirilmesi kayıt edilmelidir.	
00	**01**	**02**	**04**	**00**		**Hemşire nöbet teslimlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**10**
00	01	02	04	01		**Nöbet teslimleri,** o Nöbeti devreden ve devralan hemşireler arasında yapılmalı, o Önce deskte, sonra hasta başında yapılmalı, o Hasta bakım sürecindeki bilgileri kapsamalıdır.	
00	**01**	**02**	**05**	**00**		**Hasta/hasta yakınları hastanın genel durumu ve tedavi süreci hakkında hekim tarafından bilgilendirilmelidir.**	**10**
00	**01**	**08**	**04**	**00**		**Atıkların kaynağında ayrıştırılmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	08	04	01		**Her bölüm için atıklar belirlenmelidir.**	
00	01	08	04	02		**Uygun atık kutuları kullanılmalıdır.**	

NÜKLEER TIP HİZMETLERİ

Revizyon	Dikey Boyut	Bölüm No	Standart No	Değerlendirme Ölçütü	Yatay Boyut	STANDARTLAR	Puan
00	02	20				NÜKLEER TIP HİZMETLERİ	200
00	02	20	01	00		Tedavi amaçlı radyoaktif madde alan hastaların kullandıkları alanlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10
00	02	20	01	01		Tedavi amaçlı radyoaktif madde alan hastaların kullandığı alanlar ayrılmalıdır. Bu hastaların; o Kullandıkları odalar zırhlı olmalı, o Kullandıkları lavabo ve tuvaletler bağımsız olmalı, o Radyasyon değeri kabul edilebilir sınırlara düştükten sonra kan, dışkı ve idrar gibi çıktılar kanalizasyona verilmelidir.	
00	02	20	02	00		Radyoaktif madde alan hastaların kendilerini ve yakınlarını korumalarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	15
00	02	20	02	01		Radyoaktif madde alan hastalarla ilgili; o Hastalara verilen aktivite miktarı, o Taburcu edilen hastada kalan aktivite miktarı, o Hastadan bir metre mesafedeki doz hızı kayıt edilmelidir.	
00	02	20	02	02		Hasta, kalan aktivite miktarı ve doz hızına göre taburcu edilmelidir.	
00	02	20	02	03		Hasta taburculuğu sonrası uyması gereken kurallar hakkında sözlü ve yazılı olarak bilgilendirilmelidir.	
00	01	01	09	00		İlaç ve kit muhafaza edilen buzdolaplarının sıcaklık takipleri yapılmalıdır.	10
00	01	01	09	01		Buzdolaplarının içinde bulunan malzemelere göre sıcaklık takibi yapılmalıdır.	
00	01	01	12	00		Hastalara hizmet verilen alanlar iletişime açık bir şekilde düzenlenmelidir.	15

00	01	01	12	01		**Sonuç alma, numune kabul, kayıt, halkla ilişkiler hizmet noktalarında hasta ve çalışan arasında fiziksel bariyer (camekân, pencere, demir parmaklık, yükseklik) bulunmamalıdır.**	
00	**01**	**01**	**21**	**00**	**H**	**Hasta kimliğinin doğrulanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**	**20**
00	01	01	21	01	H	**Yatışı yapılan her hastada (günü birlik hastalar dahil) beyaz renkli kimlik tanımlayıcı kullanılmalıdır.** o Alerjik hastalarda ise sadece kırmızı renkli kimlik tanımlayıcı kullanılmalı, o Hasta kimlik tanımlayıcı barkotlu olmalı, o Kimlik tanımlayıcıda; protokol numarası, hasta adı-soyadı, doğum tarihi (gün/ay/yıl) bilgileri yer almalı,	
00	01	01	21	02	H	**Tanı ve tedavi için yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanmalıdır.**	
00	01	01	21	05	H	**Sağlık çalışanları, hasta kimlik tanımlayıcıların kullanımı ve hasta kimliğinin doğrulanması konusunda eğitilmelidir.**	
00	**01**	**01**	**24**	**00**	**H**	**İlaçların güvenli uygulanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	24	01	H	**İlaçlar, kapalı kaplarda ve kişiye özel olarak hazırlanmalı,** o Kaplarda hastaların kimlik tanımlayıcı bilgileri bulunmalıdır.	
00	01	01	24	02	H	**Tedavi planı hekim tarafından yazılmalı, kaşelenmeli ve imzalanmalı,** o Tedavi planı; ilacın tam adını, uygulama zamanını ve dozunu, uygulama şeklini ve veriliş süresini içermelidir.	
00	01	01	24	03	H	**Hemşire hekimin tedavi planını hemşire gözlem formuna kaydetmelidir.**	
00	01	01	24	04	H	**Tedavi sürecindeki ilaçlar hastaya hemşire tarafından uygulanmalı,** o Stajyerlerin ilaç uygulamaları da hemşire gözetiminde olmalıdır.	
00	**01**	**01**	**25**	**00**	**H**	**İlaçların karışmasını engellemeye yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	25	01	H	**İlaç isimleri kısaltılarak yazılmamalıdır.**	
00	01	01	25	02	H	**Yazılışı, okunuşu, ambalajı birbirine benzeyen ilaçların listeleri hazırlanmalı,** o Listeler kullanım alanında bulunmalıdır.	
00	01	01	25	03	H	**Yazılışı, okunuşu, ambalajı birbirine benzeyen ilaçların dolaplardaki yerleşimi ayrı raflarda yapılmalıdır.**	
00	**01**	**01**	**45**	**00**	**Ç**	**Çalışanlar tarafından kişisel koruyucu ekipman kullanılmalıdır.**	**15**
00	01	01	45	01	Ç	**Bölüm bazında kullanılması gereken kişisel koruyucu ekipman belirlenmelidir.**	

00	01	01	45	02	Ç	**Kişisel koruyucu ekipman çalışma alanlarında ulaşılabilir olmalıdır.**	
00	01	01	45	03	Ç	**Kişisel koruyucu ekipman kullanımı konusunda çalışanlara eğitim verilmelidir.**	
00	**01**	**01**	**52**	**00**	**H**	**Tıbbi cihazların yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	52	02	H	**Tıbbi cihazların bölüm bazında envanteri bulunmalıdır.**	
00	01	01	52	03	H	**Tıbbi cihazların bakım, onarım, ölçme, ayar ve kalibrasyonlarına yönelik plan bulunmalı,** o Plan dahilinde cihazların ölçme, ayar ve kalibrasyonları yapılmalıdır.	
00	01	01	52	04	H	**Kalibrasyonu yapılan cihazların kalibrasyon etiketi bulunmalıdır. Etikette;** o Kalibrasyonu yapan firmanın adı, o Kalibrasyon tarihi, o Geçerlilik süresi, o Sertifika numarası bulunmalıdır.	
00	**01**	**01**	**53**	**00**		**Hastanenin temizliğine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	53	01		**Bölüm bazında temizlik planı bulunmalıdır.**	
00	01	01	53	02		**Risk düzeylerine göre temizlik kuralları belirlenmelidir.**	
00	01	01	53	03		**Temizlik malzemeleri ve malzemelerin kullanımı ile ilgili kurallar belirlenmelidir.**	
00	01	01	53	04		**Tüm kapalı ve açık alanların temizlikleri kontrol edilmelidir.** o Kontrol aralıkları, o Kontrol sorumluları belirlenmelidir.	
00	**01**	**01**	**55**	**00**		**Kişisel temizlik alanlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	55	01		**Kişisel temizlik alanlarının kapıları dışarı doğru açılmalıdır.**	
00	01	01	55	02		**Kişisel temizlik alanlarının temizliği sağlanmalıdır.**	
00	01	01	55	03		**Kişisel temizlik alanlarında temizlik malzemeleri bulundurulmalı,** o Sıvı sabun, kâğıt havlu, tuvalet kâğıdı ve poşetli çöp kutusu bulundurulmalıdır.	
00	01	01	55	04		**Sıvı sabun kaplarının üstüne ekleme yapılmamalı,** o Boşalan sabunluk yıkanıp iyice kurutulduktan sonra tekrar doldurulmalıdır.	
00	**01**	**01**	**64**	**00**		**Hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik düzenlemeler bulunmalıdır.**	**10**

00	**01**	**03**	**06**	**00**		**El hijyenini sağlamaya yönelik malzeme bulunmalıdır.**	**15**
00	01	03	06	01		Sağlık hizmeti sunulan alanlarda alkol bazlı el antiseptikleri bulunmalıdır.	
00	**01**	**08**	**04**	**00**		**Atıkların kaynağında ayrıştırılmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	08	04	01		Her bölüm için atıklar belirlenmelidir.	
00	01	08	04	02		Uygun atık kutuları kullanılmalıdır.	

Destek Hizmeti Yönetimi

HASTA DOSYASI VE ARŞİV HİZMETLERİ

Revizyon	Dikey Boyut	Bölüm No	Standart No	Değerlendirme Ölçütü	Yatay Boyut	STANDARTLAR	Puan
00	03	01				**HASTA DOSYASI VE ARŞİV HİZMETLERİ**	65
00	**03**	**01**	**01**	**00**		**Hasta dosyalarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**10**
00	03	01	01	01		**Hasta dosyaları için standart bir dosya içeriği belirlenmeli,** o Dosyalarda bulunması gereken bilgi ve dokümanlar belirlenmeli, o Hastaya ait hangi bilgilerin bilgisayar ortamında, hangilerinin basılı kopya olarak hasta dosyasında yer alacağı belirlenmelidir.	
00	**03**	**01**	**02**	**00**		**Hasta dosyalarının arşivlenmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.**	**10**
00	03	01	02	01		**Hasta dosyaları arşivlenmeli,** o Hasta dosyalarına sabit bir dosya numarası verilmelidir.	
00	03	01	02	02		**Poliklinik hastalarına uygulanan riskli girişimsel işlemlere yönelik bilgilendirilmiş rıza formları arşivlenmelidir.**	
00	**03**	**01**	**03**	**00**		**Hasta taburculuk özeti hazırlanmalıdır.**	**10**
00	03	01	03	01		**Taburculuk özetinde;** o Hastanın başvuru nedeni, o Önemli bulguları, o Konulan teşhis, o Uygulanan tedaviler, o Hasta taburcu olurken genel durumu, o Taburcu olduktan sonra kullanacağı ilaçlar, o Kontrol zamanı, o Acil durumlarda hastanın arayabileceği telefon numaraları, o Hastanın dikkat edeceği hususlar bulunmalıdır.	
00	03	01	03	02		**Taburculuk özetinin bir nüshası hastanın dosyasına konulmalı,** o Diğer nüsha hastaya verilmelidir.	

00	**03**	**01**	**04**	**00**		**Arşiv bölümünün işleyişine yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır.**	**5**
00	03	01	04	01		**Yazılı düzenleme** o Arşiv planı ve yetkilendirmeyi, o Dosyaların arşive teslimi, içeriğinin kontrolü ve kabulünü, o Kabul edilen dosyaların arşive yerleştirilmesini, o İlgililere dosyaların arşivden teslimi ve geri alınmasını, o Arşive yerleştirilen dosyaların korunması, saklanması ve imhası ile ilgili usul ve esasları, o Adli vaka dosyalarının yönetimini kapsamalıdır.	
00	**03**	**01**	**05**	**00**		**Arşivde bulunan hasta dosyalarının korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.**	**15**
00	03	01	05	01		**Sıcaklık ve nem takibi yapılmalı,**	
00	03	01	05	02		**İklimlendirme yapılmalı,**	
00	03	01	05	03		**Mikroorganizmalara karşı yılda en az bir defa dezenfeksiyon işlemi yapılmalı,**	
00	03	01	05	04		**Haşarata karşı önlem alınmalı,**	
00	03	01	05	05		**Hırsızlığa karşı önlem alınmalı,**	
00	03	01	05	06		**Yangına karşı önlem alınmalı,**	
00	03	01	05	07		**Su baskınlarına karşı önlem alınmalıdır.**	
00	**01**	**01**	**53**	**00**		**Hastanenin temizliğine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	53	01		**Bölüm bazında temizlik planı bulunmalıdır.**	
00	01	01	53	02		**Risk düzeylerine göre temizlik kuralları belirlenmelidir.**	
00	01	01	53	03		**Temizlik malzemeleri ve malzemelerin kullanımı ile ilgili kurallar belirlenmelidir.**	
00	01	01	53	04		**Tüm kapalı ve açık alanların temizlikleri kontrol edilmelidir.** o Kontrol aralıkları, o Kontrol sorumluları belirlenmelidir.	

MUTFAK HİZMETLERİ

Revizyon	Dikey Boyut	Bölüm No	Standart No	Değerlendirme Ölçütü	Yatay Boyut	STANDARTLAR	Puan
00	03	02				MUTFAK HİZMETLERİ	80
00	03	02	01	00		Mutfak hizmetlerine yönelik fiziki düzenleme yapılmalıdır.	10
00	03	02	01	01		Mutfakta yemek hazırlama ve bulaşık yıkama yerleri ayrı olmalıdır.	
00	03	02	01	02		Mutfak taban ve duvarları, yıkamaya ve dezenfeksiyona uygun olmalıdır.	
00	03	02	01	03		Soğuk hava depoları içeriden açılabilme özelliğine sahip olmalı veya içeriden dışarı haber verebilecek uyarı sistemi bulunmalıdır.	
00	03	02	01	04		Yemeklerin hasta ve çalışanlara sıcak sunumu sağlanmalıdır.	
00	03	02	02	00		Yiyeceklerin güvenli depolanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10
00	03	02	02	01		Yiyecek depolarında hemzemin yerleştirme yapılmamalıdır.	
00	03	02	02	02		Depoların sıcaklık ve nem ölçümleri yapılmalı, o Yiyecek depolarının sıcaklık ve nem takipleri, içinde saklanan yiyeceklerin niteliklerine uygun olarak yapılmalıdır.	
00	03	02	02	03		Mutfak ve diğer yemek hizmeti sunum alanlarında yer alan buzdolaplarının sıcaklık ölçümleri yapılmalıdır.	
00	03	02	03	00		Yemeklerin güvenliğinin sağlanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	15
00	03	02	03	01		Yiyeceklerin hazırlanmasında kullanılan makinelerin temizliği yapılmalıdır.	
00	03	02	03	02		Şahit numuneler alınmalı ve uygun koşullarda en az 72 saat saklanmalıdır.	
00	03	02	03	03		Çalışanlar; maske, eldiven ve bone gibi koruyucu ekipman kullanmalıdır.	
00	03	02	03	04		Mutfak personelinin 6 ayda bir sağlık taramaları yapılmalıdır.	
00	01	01	53	00		Hastanenin temizliğine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	15
00	01	01	53	01		Bölüm bazında temizlik planı bulunmalıdır.	
00	01	01	53	02		Risk düzeylerine göre temizlik kuralları belirlenmelidir.	

00	01	01	53	03		**Temizlik malzemeleri ve malzemelerin kullanımı ile ilgili kurallar belirlenmelidir.**	
00	01	01	53	04		**Tüm kapalı ve açık alanların temizlikleri kontrol edilmelidir.** o Kontrol aralıkları, o Kontrol sorumluları belirlenmelidir.	
00	**01**	**01**	**55**	**00**		**Kişisel temizlik alanlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	55	01		**Kişisel temizlik alanlarının kapıları dışarı doğru açılmalıdır.**	
00	01	01	55	02		**Kişisel temizlik alanlarının temizliği sağlanmalıdır.**	
00	01	01	55	03		**Kişisel temizlik alanlarında temizlik malzemeleri bulundurulmalı,** o Sıvı sabun, kâğıt havlu, tuvalet kâğıdı ve poşetli çöp kutusu bulundurulmalıdır.	
00	01	01	55	04		**Sıvı sabun kaplarının üstüne ekleme yapılmamalı,** o Boşalan sabunluk yıkanıp iyice kurutulduktan sonra tekrar doldurulmalıdır.	
00	**01**	**08**	**04**	**00**		**Atıkların kaynağında ayrıştırılmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	08	04	01		**Her bölüm için atıklar belirlenmelidir.**	
00	01	08	04	02		**Uygun atık kutuları kullanılmalıdır.**	

ÇAMAŞIRHANE HİZMETLERİ

Revizyon	Dikey Boyut	Bölüm No	Standart No	Değerlendirme Ölçütü	Yatay Boyut	STANDARTLAR	Puan
00	03	03				ÇAMAŞIRHANE HİZMETLERİ	80
00	03	03	01	00		Çamaşırhaneye yönelik fiziki düzenleme yapılmalıdır.	10
00	03	03	01	01		Çamaşırhane taban ve duvarları yıkamaya ve dezenfeksiyona uygun olmalıdır.	
00	03	03	01	02		Çamaşırhanede kullanılan makinelerin bakımları yapılmalıdır.	
00	03	03	02	00		Çamaşırların taşınmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10
00	03	03	02	01		Çamaşırlar kapalı sistemlerle taşınmalıdır.	
00	03	03	02	02		Konteynırlar ile taşıma yapan hastanelerde; o Konteynırların temizliği günlük olarak yapılmalıdır. o Çamaşırların taşınmasında kullanılan araçlar kirli ve temiz olarak tanımlanmalıdır.	
00	03	03	02	03		Otomatik sistem ile taşıma yapan hastanelerde; o Sisteme ait bacaların temizliği yapılmalıdır.	
00	03	03	02	04		Çamaşırhane hizmetlerinin hastane dışından sağlanması durumunda; o Kirli çamaşır toplama ve temiz çamaşır dağıtım alanları ayrılmış olmalıdır.	
00	01	01	45	00	Ç	Çalışanlar tarafından kişisel koruyucu ekipman kullanılmalıdır.	15
00	01	01	45	01	Ç	Bölüm bazında kullanılması gereken kişisel koruyucu ekipman belirlenmelidir.	
00	01	01	45	02	Ç	Kişisel koruyucu ekipman çalışma alanlarında ulaşılabilir olmalıdır.	
00	01	01	45	03	Ç	Kişisel koruyucu ekipman kullanımı konusunda çalışanlara eğitim verilmelidir.	
00	01	01	53	00		Hastanenin temizliğine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	15
00	01	01	53	01		Bölüm bazında temizlik planı bulunmalıdır.	
00	01	01	53	02		Risk düzeylerine göre temizlik kuralları belirlenmelidir.	

00	01	01	53	03		**Temizlik malzemeleri ve malzemelerin kullanımı ile ilgili kurallar belirlenmelidir.**	
00	01	01	53	04		**Tüm kapalı ve açık alanların temizlikleri kontrol edilmelidir.** o Kontrol aralıkları, o Kontrol sorumluları belirlenmelidir.	
00	**01**	**01**	**55**	**00**		**Kişisel temizlik alanlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	55	01		**Kişisel temizlik alanlarının kapıları dışarı doğru açılmalıdır.**	
00	01	01	55	02		**Kişisel temizlik alanlarının temizliği sağlanmalıdır.**	
00	01	01	55	03		**Kişisel temizlik alanlarında temizlik malzemeleri bulundurulmalı,** o Sıvı sabun, kâğıt havlu, tuvalet kâğıdı ve poşetli çöp kutusu bulundurulmalıdır.	
00	01	01	55	04		**Sıvı sabun kaplarının üstüne ekleme yapılmamalı,** o Boşalan sabunluk yıkanıp iyice kurutulduktan sonra tekrar doldurulmalıdır.	
00	**01**	**08**	**04**	**00**		**Atıkların kaynağında ayrıştırılmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	08	04	01		**Her bölüm için atıklar belirlenmelidir.**	
00	01	08	04	02		**Uygun atık kutuları kullanılmalıdır.**	

MORG HİZMETLERİ

Revizyon	Dikey Boyut	Bölüm No	Standart No	Değerlendirme Ölçütü	Yatay Boyut	STANDARTLAR	Puan
00	03	04				**MORG HİZMETLERİ**	90
00	**03**	**04**	**01**	**00**		**Morga yönelik fiziki düzenleme yapılmalıdır.**	**10**
00	03	04	01	01		**Morg çıkışı, hastanenin ana ve acil çıkışından ayrı olmalıdır.**	
00	03	04	01	02		**Soğuk hava düzenine sahip çelik, paket tipi çalışır durumda ölü muhafaza dolabı bulunmalıdır. Yatak sayısı;** o 1-99 arasında olan hastanelerde en az 2, o 100-149 arasında olan hastaneler için en az 3, o 150-199 arasında olanlar için en az 4, o 200-399 arasında olanlar için en az 5, o 400-599 arasında olanlar için en az 6, o 600 ve üstü için en az 7 dolap bulunmalıdır.	
00	03	04	01	03		**Bebek cenazesine yönelik olarak, içinde cenazeyi sabitleyecek bir düzeneğin bulunduğu bebek taşıyıcısı bulunmalıdır.**	
00	03	04	01	04		**Cenazenin üzerinde, dolap ve cenaze taşıyıcısında cenazenin kimlik bilgileri bulunmalıdır.**	
00	**03**	**04**	**02**	**00**		**Morg işleyişine yönelik düzenleme bulunmalıdır.**	**10**
00	03	04	02	01		**Cenaze bilgilerinin kayıtları tutulmalı ve arşivlenmelidir.**	
00	03	04	02	02		**Cenaze yıkama yerinde sıcak su imkânı bulunmalıdır.**	
00	03	04	02	03		**Cenazenin muhafaza edildiği ve/veya yıkandığı yerler her kullanımdan sonra dezenfekte edilmelidir.**	
00	03	04	02	04		**Çalışana enfeksiyonlardan korunma ve iletişim becerileri eğitimi verilmelidir.**	
00	**03**	**04**	**03**	**00**		**Cenaze yakınları için bekleme alanı bulunmalıdır.**	**10**
00	03	04	03	01		**Morg bekleme alanı;** o Oturma alanlarına sahip olmalı, o Temiz ve düzenli olmalı, o Cenaze yakınlarının bilgi alabilmelerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	

00	**01**	**01**	**45**	**00**	**Ç**	**Çalışanlar tarafından kişisel koruyucu ekipman kullanılmalıdır.**	**15**
00	01	01	45	01	Ç	**Bölüm bazında kullanılması gereken kişisel koruyucu ekipman belirlenmelidir.**	
00	01	01	45	02	Ç	**Kişisel koruyucu ekipman çalışma alanlarında ulaşılabilir olmalıdır.**	
00	01	01	45	03	Ç	**Kişisel koruyucu ekipman kullanımı konusunda çalışanlara eğitim verilmelidir.**	
00	**01**	**01**	**53**	**00**		**Hastanenin temizliğine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	53	01		**Bölüm bazında temizlik planı bulunmalıdır.**	
00	01	01	53	02		**Risk düzeylerine göre temizlik kuralları belirlenmelidir.**	
00	01	01	53	03		**Temizlik malzemeleri ve malzemelerin kullanımı ile ilgili kurallar belirlenmelidir.**	
00	01	01	53	04		**Tüm kapalı ve açık alanların temizlikleri kontrol edilmelidir.** o Kontrol aralıkları, o Kontrol sorumluları belirlenmelidir.	
00	**01**	**01**	**55**	**00**		**Kişisel temizlik alanlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	01	55	01		**Kişisel temizlik alanlarının kapıları dışarı doğru açılmalıdır.**	
00	01	01	55	02		**Kişisel temizlik alanlarının temizliği sağlanmalıdır.**	
00	01	01	55	03		**Kişisel temizlik alanlarında temizlik malzemeleri bulundurulmalı,** o Sıvı sabun, kâğıt havlu, tuvalet kâğıdı ve poşetli çöp kutusu bulundurulmalıdır.	
00	01	01	55	04		**Sıvı sabun kaplarının üstüne ekleme yapılmamalı,** o Boşalan sabunluk yıkanıp iyice kurutulduktan sonra tekrar doldurulmalıdır.	
00	**01**	**08**	**04**	**00**		**Atıkların kaynağında ayrıştırılmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**15**
00	01	08	04	01		**Her bölüm için atıklar belirlenmelidir.**	
00	01	08	04	02		**Uygun atık kutuları kullanılmalıdır.**	

İndikatör Yönetimi

KALİTE İNDİKATÖRLERİ

Revizyon	Dikey Boyut	Bölüm No	Standart No	Değerlendirme Ölçütü	Yatay Boyut	STANDARTLAR	Puan
00	04	01				KALİTE İNDİKATÖRLERİ	325
00	04	01	01	00	Ç	Kesici delici alet yaralanmaları izlenmelidir.	20
00	04	01	01	01	Ç	İndikatör kartı hazırlanmalıdır.	
00	04	01	01	02	Ç	İndikatör kartına göre takip yapılmalıdır.	
00	04	01	01	03	Ç	İndikatörle ilgili dönemsel analizler yapılmalıdır.	
00	04	01	01	04	Ç	Gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyet başlatılmalıdır.	
00	04	01	02	00	Ç	Kan ve vücut sıvılarının sıçramasına maruz kalan çalışanlar izlenmelidir.	20
00	04	01	02	01	Ç	İndikatör kartı hazırlanmalıdır.	
00	04	01	02	02	Ç	İndikatör kartına göre takip yapılmalıdır.	
00	04	01	02	03	Ç	İndikatörle ilgili dönemsel analizler yapılmalıdır.	
00	04	01	02	04	Ç	Gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyet başlatılmalıdır.	
00	04	01	03	00	H	Yoğun bakım mortalite oranları izlenmelidir.	20
00	04	01	03	01	H	İndikatör kartı hazırlanmalıdır.	
00	04	01	03	02	H	İndikatör kartına göre takip yapılmalıdır.	
00	04	01	03	03	H	İndikatörle ilgili dönemsel analizler yapılmalıdır.	
00	04	01	03	04	H	Gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyet başlatılmalıdır.	
00	04	01	04	00	H	Yoğun bakım ünitesinde bası ülseri oranları izlenmelidir.	20
00	04	01	04	01	H	İndikatör kartı hazırlanmalıdır.	
00	04	01	04	02	H	İndikatör kartına göre takip yapılmalıdır.	
00	04	01	04	03	H	İndikatörle ilgili dönemsel analizler yapılmalıdır.	
00	04	01	04	04	H	Gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyet başlatılmalıdır.	
00	04	01	05	00	H	Yoğun bakım ünitesinde hastane enfeksiyon hızları izlenmelidir.	20
00	04	01	05	01	H	İndikatör kartı hazırlanmalıdır.	
00	04	01	05	02	H	İndikatör kartına göre takip yapılmalıdır.	
00	04	01	05	03	H	İndikatörle ilgili dönemsel analizler yapılmalıdır.	
00	04	01	05	04	H	Gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyet başlatılmalıdır.	

00	04	01	06	00	H	Cerrahi alan enfeksiyon hızları izlenmelidir.	20
00	04	01	06	01	H	İndikatör kartı hazırlanmalıdır.	
00	04	01	06	02	H	İndikatör kartına göre takip yapılmalıdır.	
00	04	01	06	03	H	İndikatörle ilgili dönemsel analizler yapılmalıdır.	
00	04	01	06	04	H	Gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyet başlatılmalıdır.	
00	04	01	07	00	H	Düşen hasta oranı izlenmelidir.	20
00	04	01	07	01	H	İndikatör kartı hazırlanmalıdır.	
00	04	01	07	02	H	İndikatör kartına göre takip yapılmalıdır.	
00	04	01	07	03	H	İndikatörle ilgili dönemsel analizler yapılmalıdır.	
00	04	01	07	04	H	Gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyet başlatılmalıdır.	
00	04	01	08	00		Sezaryen oranı izlenmelidir.	20
00	04	01	08	01		İndikatör kartı hazırlanmalıdır.	
00	04	01	08	02		İndikatör kartına göre takip yapılmalıdır.	
00	04	01	08	03		İndikatörle ilgili dönemsel analizler yapılmalıdır.	
00	04	01	08	04		Gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyet başlatılmalıdır.	
00	04	01	09	00		Ameliyat masası kullanım oranı izlenmelidir.	15
00	04	01	09	01		İndikatör kartı hazırlanmalıdır.	
00	04	01	09	02		İndikatör kartına göre takip yapılmalıdır.	
00	04	01	09	03		İndikatörle ilgili dönemsel analizler yapılmalıdır.	
00	04	01	09	04		Gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyet başlatılmalıdır.	
00	04	01	10	00		Yoğun bakımda tekrar yatış oranları izlenmelidir.	15
00	04	01	10	01		İndikatör kartı hazırlanmalıdır.	
00	04	01	10	02		İndikatör kartına göre takip yapılmalıdır.	
00	04	01	10	03		İndikatörle ilgili dönemsel analizler yapılmalıdır.	
00	04	01	10	04		Gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyet başlatılmalıdır.	
00	04	01	11	00		Acil servise 24 saat içerisinde aynı şikayetle tekrar başvuran hasta sayısı ve oranı izlenmelidir.	15
00	04	01	11	01		İndikatör kartı hazırlanmalıdır.	
00	04	01	11	02		İndikatör kartına göre takip yapılmalıdır.	
00	04	01	11	03		İndikatörle ilgili dönemsel analizler yapılmalıdır.	
00	04	01	11	04		Gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyet başlatılmalıdır.	

00	04	01	12	00		Bir başka sağlık merkezine sevk edilen hasta sayısı, oranı ve teşhis dağılımı izlenmelidir.	15
00	04	01	12	01		İndikatör kartı hazırlanmalıdır.	
00	04	01	12	02		İndikatör kartına göre takip yapılmalıdır.	
00	04	01	12	03		İndikatörle ilgili dönemsel analizler yapılmalıdır.	
00	04	01	12	04		Gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyet başlatılmalıdır.	
00	04	01	13	00		Müşahede odasında yatan hastaların kalış süreleri izlenmelidir.	15
00	04	01	13	01		İndikatör kartı hazırlanmalıdır.	
00	04	01	13	02		İndikatör kartına göre takip yapılmalıdır.	
00	04	01	13	03		İndikatörle ilgili dönemsel analizler yapılmalıdır.	
00	04	01	13	04		Gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyet başlatılmalıdır.	
00	04	01	14	00		Acil servise çağrılan konsültan/icapçı hekimin acil servise ulaşma süresi izlenmelidir.	15
00	04	01	14	01		İndikatör kartı hazırlanmalıdır.	
00	04	01	14	02		İndikatör kartına göre takip yapılmalıdır.	
00	04	01	14	03		İndikatörle ilgili dönemsel analizler yapılmalıdır.	
00	04	01	14	04		Gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyet başlatılmalıdır.	
00	04	01	15	00		Sitolojik ve patolojik tanı arasındaki uyum değerlendirilmeli ve uyum oranları izlenmelidir.	15
00	04	01	15	01		İndikatör kartı hazırlanmalıdır.	
00	04	01	15	02		İndikatör kartına göre takip yapılmalıdır.	
00	04	01	15	03		İndikatörle ilgili dönemsel analizler yapılmalıdır.	
00	04	01	15	04		Gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyet başlatılmalıdır.	
00	04	01	16	00		Hemşirelerin bölüm değiştirme oranı izlenmelidir.	15
00	04	01	16	01		İndikatör kartı hazırlanmalıdır.	
00	04	01	16	02		İndikatör kartına göre takip yapılmalıdır.	
00	04	01	16	03		İndikatörle ilgili dönemsel analizler yapılmalıdır.	
00	04	01	16	04		Gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyet başlatılmalıdır.	
00	04	01	17	00		Eksiksiz doldurulan hasta dosyası oranı izlenmelidir.	15
00	04	01	17	01		İndikatör kartı hazırlanmalıdır.	
00	04	01	17	02		İndikatör kartına göre takip yapılmalıdır.	
00	04	01	17	03		İndikatörle ilgili dönemsel analizler yapılmalıdır.	
00	04	01	17	04		Gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyet başlatılmalıdır.	

00	04	01	18	00		Hekim başına düşen poliklinik odası oranı izlenmelidir.	15
00	04	01	18	01		İndikatör kartı hazırlanmalıdır.	
00	04	01	18	02		İndikatör kartına göre takip yapılmalıdır.	
00	04	01	18	03		İndikatörle ilgili dönemsel analizler yapılmalıdır.	
00	04	01	18	04		Gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyet başlatılmalıdır.	
00	04	01	19	00		Cerrahi profilakside antibiyotiklerin doğru kullanım oranları izlenmelidir.	15
00	04	01	19	01		İndikatör kartı hazırlanmalıdır.	
00	04	01	19	02		İndikatör kartına göre takip yapılmalıdır.	
00	04	01	19	03		İndikatörle ilgili dönemsel analizler yapılmalıdır.	
00	04	01	19	04		Gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyet başlatılmalıdır.	