

SORU SIRA NO	BÖLÜM	SORU KOD	HASTANE YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ
1	ACİL SERVİS	AS.1	Acil servisin tescilli seviyesini gösteren Valilikten alınmış onay belgesi mevcut mu?
		AS.1.1	Acil servisin tescilli seviyesini gösteren Valilikten alınmış onay belgesi sağlık tesisinde bulunmalıdır.
		AS.1.2	Sağlık tesisi bünyesinde birden fazla acil servis hizmet veriyorsa, her bir acil servise ait ayrı tescil belgesi bulunmalıdır.
2	ACİL SERVİS	AS.2	Acil serviste uygun otopark alanları belirlenmiş mi?
		AS.2.1	Ambulans ve hasta nakil araçları için; araçların her an çıkış yapabileceği, ayrı otopark alanı belirlenmelidir.
		AS.2.2	Engelli otoparkı acil servis girişine en yakın alanda konumlandırılmalıdır.
		AS.2.3	Engelli hasta araçları için belirlenen otoparkın amaç dışı kullanımı engellenmelidir.
		AS.2.4	Hasta ve hasta yakınları için yeterli otopark alanı ayrılmalıdır.
		AS.2.5	Otopark alanlarında uygun ışıklandırma yapılmalıdır.
		AS.2.6	Otopark alanlarında kamera ile güvenlik önlemleri alınmalı ve ihtiyaç duyulan hallerde güvenlik personeli ile desteklenmelidir.
3	ACİL SERVİS	AS.3	Acil servis girişinde uygun şekilde düzenleme yapılmış mı?
		AS.3.1	Acil servis girişi diğer girişlerden bağımsız olacak şekilde düzenlenmelidir.
		AS.3.2	İkinci ve üçüncü seviye acil servislerde ambulans ve ayaktan hasta girişi ayrı olacak şekilde düzenlenmelidir.
		AS.3.3	Acil servise giriş kapısı ve giriş alanı personel ve sedyelerin rahatlıkla hareket edebileceği kadar geniş olmalıdır.
		AS.3.4	Acil servise giriş alanı düz olmalı, gerekli durumlarda ise en fazla %8 eğimli sedye rampası olmalıdır.
		AS.3.5	Acil servis girişinde hastaların kolayca ulaşabileceği bir alanda temiz, işlevsel ve yeterli sayıda sedye ve tekerlekli sandalye bulundurulmalıdır.

		AS.3.6	Acil servis giriş ve çıkışları sedye ile hasta nakline uygun, üstü kapalı ve iyi aydınlatılmış olmalıdır.
4	ACİL SERVİS	AS.4	Acil servise yönlendiren ışıklı işaret ve levhalar mevcut mu?
		AS.4.1	Hastane girişinde acil servisin yerini gösteren, yeteri kadar büyüklükte ve geceleri de okunabilecek şekilde ışıklandırılmış, yönlendirme levhaları bulunmalıdır.
		AS.4.2	Acil servis binalarında, ışıklandırılmalı ve en az 20 (yirmi) metreden okunabilecek büyüklükte “ACİL SERVİS” yazılı tabelası bulunmalıdır.
5	ACİL SERVİS	AS.5	Acil serviste karşılama ve yönlendirme hizmeti veriliyor mu? (2. ve 3. seviye acil serviste değerlendirilecektir.)
		AS.5.1	Karşılama ve yönlendirme hizmeti acil servis girişinde uygun bir alanda konumlandırılmalı ve etkin hizmet vermelidir.
6	ACİL SERVİS	AS.6	İkinci ve üçüncü basamak acil serviste triaj uygulaması yapılıyor mu?
		AS.6.1	Triaj hasta mahremiyeti açısından uygun alanda yapılmalıdır.
		AS.6.2	Triaj; triaj eğitimi almış sağık personeli tarafından yapılmalıdır.
		AS.6.3	İkinci ve üçüncü seviye acil serviste triaja ayrılan alanda yeşil sarı, kırmızı alan ayrımı yapılmalıdır.
7	ACİL SERVİS	AS.7	Acil seviyesine uygun fiziki düzenlemeler yapılmış mı?
		AS.7.1	Birinci seviye acil serviste; muayene alanları, resüsitasyon odası, (dal hastanelerinde alan) müşahede odası, müdahale odası bulunmalıdır.
		AS.7.2	İkinci seviye acil serviste 1. Seviye acil servise ilave olarak; triaj (Hemşire/ATT/sağık memuru düzeyinde), primer tedavi birimi, Görüntüleme Ünitesi, İzolasyon odası bulunmalıdır (Ek olarak TKHK tarafından belirlenen hastanelerde dekontaminasyon odası da değerlendirilir.)
		AS.7.3	Üçüncü seviye acil serviste 1. ve 2. Seviye acil servise ilave olarak; Triyaj, Travma odası, Kritik - Yoğun Bakım Birimi (tercihli) ve Muayene Odası bulunmalıdır.
8	ACİL SERVİS	AS.8	KBRN dekontaminasyon ünitesi ile ilgili düzenlemeler yapılmış mı? (TKHK tarafından belirlenen hastanelerde değerlendirilir.)
		AS.8.1	KBRN dekontaminasyon ünitesi Acil Servis girişinin yakınında, dışarıda bir alanda olmalıdır. (Acil servis içinde kurulmuş ise ambulans girişı ve ayakta hasta girişinden ayrı bir girişı bulunmalıdır.)

		AS.8.2	KBRN dekontaminasyon ünitesi zemini, suyun akışını kolaylaştıracak şekilde eğimli ve diğer alanlara suyun gitmesi ihtimaline karşı korunaklı olarak düzenlenmelidir. Arındırma sonrasında atık suyun biriktirildiği atık su deposu bulunmalıdır. Atık su deposunun bertarafı kolaylıkla tahliye edilebilecek sistemde olmalıdır.
		AS.8.3	KBRN dekontaminasyon ünitesi içinde bulunan sedye, yerden 50-70 cm yüksek, en az 100 cm eninde, 200 cm boyunda ızgaralı/delikli kolay taşınabilir bir malzemeden yapılmış olmalıdır.
		AS.8.4	Ünite içerisinde soğuk ve sıcak su tesisatı bulunmalıdır. Duşlar arasında en az 1,5 metrelik uzaklık olmalıdır.
		AS.8.5	KBRN dekontaminasyon ünitesi iç duvarları kolay temizlenebilir, su geçirmez bir malzeme ile kaplanmış olmalıdır.
		AS.8.6	KBRN dekontaminasyon ünitesi girişi, içi ve çıkışında yeterli aydınlatma sağlanmalıdır. KBRN dekontaminasyon ünitesi girişinde tercihen kamera bulunmalıdır.
		AS.8.7	KBRN dekontaminasyon ünitesinde görevli personel için koruyucu elbiseler, eldiven, gözlük, maske ve havlu gibi malzemeler yeterli miktarda setler halinde bulunmalıdır.
		AS.8.8	KBRN dekontaminasyon ünitesinin havalandırma sistemi merkezi havalandırma sisteminden bağımsız olmalıdır.
9	ACİL SERVİS	AS.9	Resüsitasyon için özel bir düzenleme yapılmış mı?
		AS.9.1	Resüsitasyon için ayrı bir oda (dal hastaneleri için ayrılmış bir alan) düzenlenmiş olmalıdır.
		AS.9.2	Resüsitasyon odası amacı dışında kullanılmamalıdır.
		AS.9.3	Resüsitasyon odası acil servis giriş kapısına yakın bir yerde olmalıdır.
		AS.9.4	Resüsitasyon odasına görevli personel dışında ilgisi olmayan kişilerin girmesi engellenmeli ve hasta mahremiyetine yönelik düzenleme yapılmalıdır.
		AS.9.5	Acil Servis seviyesine göre resüsitasyon odası gerekli tıbbi donanım (havayolu ve dolaşım ile ilgili malzemelerin erişkin, pediatrik ve infant boyları dahil olmak üzere) sahip ve kullanıma her an hazır olmalıdır. Günlük ve her kullanımdan sonra kontrolleri yapılarak kayıt altına alınmalıdır.
		AS.9.6	Resüsitasyon odasında ilaç ve sarf malzemeler kullanıma her an hazır bulundurulmalı ve düzenli kontrolleri yapılarak kayıt altına alınmalıdır.
10	ACİL SERVİS	AS.10	Acil servis müşahede odasında acil seviyesine uygun düzenlemeler yapılmış mı?
		AS.10.1	Müşahede odasında; 1. seviye acilde 4-6, 2. seviye acilde 6-12, 3. seviye acilde 12-20 yatak bulunmalıdır.

		AS.10.2	Hasta mahremiyetini sağlamak üzere gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.
		AS.10.3	Acil serviste müşahadeye alınan hastalarda kimlik tanımlayıcı bileklik kullanılmalıdır.
		AS.10.4	Hemşire çağrı sistemi çalışır ve işlevsel olmalıdır. (Müşahade odasında hemşire deski tüm hastaları görecektir şekilde düzenlenmiş ve işlevsel ise muafıdır.)
11	ACİL SERVİS	AS.11	Acilden yatışı verilen hastanın ilgili servise yatış süresi izleniyor mu? (D ve E1 rolündeki Hastaneler ile Meslek Hastalıkları, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Göz, Lepra, Deri ve Zührevi Hastalıklar Hastaneleri muafıdır.)
		AS.11.1	Yatış kararı verilen hastanın acile giriş saati ile servise yatış saati arasındaki süre ölçülmelidir.
		AS.11.2	Analiz sonuçları yönetim tarafından değerlendirilmeli ve gereken önlemler alınmalıdır.
12	ACİL SERVİS	AS.12	Hastaların müşahade odasında kalış süreleri takip ediliyor mu? (D ve E1 rolündeki Hastaneler ile Meslek Hastalıkları, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Göz, Lepra, Deri ve Zührevi Hastalıklar Hastaneleri muafıdır.)
		AS.12.1	Hastanın müşahade odasına giriş-çıkış zamanı hasta gözlem formunda ve HBYS sisteminde kayıtlı olmalı ve müşahade kalış süreleri ölçülmelidir.
		AS.12.2	Analiz sonuçları yönetim tarafından değerlendirilmeli ve gereken önlemler alınmalıdır.
13	ACİL SERVİS	AS.13	Resüsitasyon odası dışında bulunan acil müdahale setinde ilaç ve tıbbi cihazların kontrolleri yapılıyor mu?
		AS.13.1	Acil müdahale setinde bulunan cihazlar (laringoskop, defibrilatör, aspiratör vb.) kullanıma hazır olmalı ve günlük kontrolleri yapılarak kayıt altına alınmalıdır.
		AS.13.2	Acil müdahale setinde bulunması gereken ilaç ve sarf malzemelerin (entübasyon tüpü, NG sonda vb.) kontrol listesi hazırlanmalı, miktar ve miad kontrolleri yapılarak kayıt altına alınmalıdır.
14	ACİL SERVİS	AS.14	Acil servisteki ilaç yönetimi uygun olarak yapılıyor mu?
		AS.14.1	Acilde bulundurulması zorunlu ilaç ve tıbbi sarf malzemeleri listeleri belirlenmelidir.
		AS.14.2	Benzer görünüşe, okunuşa ve yazılışa sahip ilaçlar ile aynı ilacın farklı dozlarının muhafazası TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Benzer Görünüşe, Okunuşa ve Yazılışa Sahip İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun olarak yapılmalıdır.
		AS.14.3	Yüksek riskli ilaçların listesi bulunmalı, diğer ilaçlardan farklı bir alanda muhafaza edilmeli ve bu alan dikkat çekmek amacı ile kırmızı renkle belirginleştirilmelidir. Yüksek riskli ilaçlar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Yüksek Riskli İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun yönetilmelidir.
		AS.14.4	Narkotik(Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçlara erişim kısıtlanarak uygun şekilde saklanmalıdır. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Narkotik ve Psikotrop İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun şekilde Narkotik ve Psikotrop İlaçların Hastane İçerisinde Kullanımı, Saklama, İadesi ve İmhası gerçekleştirilmelidir.

		AS.14.5	Narkotik(Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçların devir teslim tutanakları kayıt altına alınmalıdır. Narkotik ve Psikotrop İlaçların Yönetimi Talimatına uygun şekilde "Narkotik ve Psikotrop İlaçların Hastane İçerisinde Kullanımı, Saklama, İadesi ve İmhası" gerçekleştirilmelidir.
		AS.14.6	İlaçların kırılması ve kaybolması durumunda yapılacaklar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaçların Kırılması ve Kaybolması Durumunda Yapılacaklar İle İlgili Talimat" doğrultusunda gerçekleştirilmelidir.
		AS.14.7	Tüm ilaçların kullanılmayan yarım dozları (kısmi dozları) takip edilmelidir. Yarım kalması durumunda yapılacaklar ile ilgili TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Kısmi Doz İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun hareket edilmelidir.
		AS.14.8	Hastalara ilaç uygulamalarında advers etki ile karşılaşılınca bildirim yapılacak farmakovijilans sorumlusu bilinmelidir. Advers etki bildirimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Advers Etki Bildirimi Talimatına" uygun gerçekleştirilmelidir.
		AS.14.9	Soğuk zincire tabi ilaçların listesi bulundurulmalı; Soğuk zincir ilaçların muhafazası ve transferi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Soğuk Zincir İlaçlarının Yönetim Talimatı" uygun gerçekleştirilmelidir.
		AS.14.10	İlaç geçimsizlikleri ile ilgili TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç Geçimsizliği Talimatına" uygun hareket edilmelidir.
		AS.14.11	İlaç deposundan; acil servise verilen ilaç ve farmakolojik ürünler Taşınır Mal Yönetmeliğinde belirtilen miktarda olmalıdır. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme Deposundan Özellikli Birimlere Çıkış Talimatına" uygun hareket edilmelidir.
		AS.14.12	İlaçların; acil serviste bulunan ve HBYS üzerinde görülen miad ve miktarları uyumlu olmalıdır. Acil servis sorumlu hemşiresi tarafından rutin olarak miad ve miktar kontrolleri yapılmalı ve eczacıya bilgi verilmelidir. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Miktar ve Miad Kontrol Talimatına" uygun hareket edilmelidir.
		AS.14.13	Acil servisten eczaneye iade edilen ilaçlar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İade Talimatına" uygun yapılmalıdır.
		AS.14.14	Işıktan korunması gereken ilaçlar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Işıktan Korunması Gereken İlaçlarla İlgili Talimat" doğrultusunda muhafaza edilmelidir.
		AS.14.15	Yarı-katı preparatlar (Örn. Pomat, krem), oftalmik preparatlar, süspansiyonlar, şuruplar vb. (insülin kalemi) gibi farmasötik formu olan ilaçlar açıldıktan sonra ilaç üzerinde açılış tarihi, ilacın adı, açıldıktan sonra tüketim süresi ve saklama koşulu bilgilerinin yer aldığı bir etiket olmalıdır.
15	ACİL SERVİS	AS.15	Acil servisteki tıbbi sarf malzeme yönetimi uygun olarak yapılıyor mu?
		AS.15.1	Tıbbi sarf deposundan; Acil Servise verilen tıbbi sarf malzemeler Taşınır Mal Yönetmeliğinde belirtilen miktarda olmalıdır. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme Deposundan Özellikli Birimlere Çıkış Talimatına" uygun hareket edilmelidir.

		AS.15.2	Acil servisten medikal depoya iade edilen tıbbi sarf malzemeler TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İade Talimatına" uygun yapılmalıdır.
		AS.15.3	Hastalara tedavileri sırasında uygulanan tıbbi sarf malzemelerden kaynaklanan beklenmeyen etki ile karşılaşılması durumunda bildirim yapılacak materyovijilans sorumlusu bilinmelidir. Medikal malzemelerden kaynaklanan olumsuz olayların uyarı sistemine bildirimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Olumsuz Olay Bildirim Talimatı" doğrultusunda yapılmalıdır.
16	ACİL SERVİS	AS.16	Acil serviste hasta tedavisinde kullanılan dokümanlar uygun şekilde dolduruluyor mu ?
		AS.16.1	Acil serviste hasta gözlem ve takip formları kullanılmalı ve takip formları, fiziki ya da elektronik (HBYS) olarak arşivlenmelidir.
		AS.16.2	Hasta gözlem ve takip formlarına hekimin adı soyadı, tarihi, saati, imzası, ilaç ismi, ilaçların kullanım şekli, veriliş süresi, dozu ve hızını içerecek şekilde order ve istenen tetkikler yazılmalıdır.
		AS.16.3	Hasta gözlem ve takip formlarında ilacın ismi, ilaçların uygulanma zamanı, dozu, uygulama şekli ve uygulayan personelin ismi kayıt altına alınmalıdır.
		AS.16.4	İ.V. olarak ilaç/serum infüzyonu uygulanıyorsa verilen ilacın adı, dozu, infüzyon başlangıç saati, veriliş süresi, hasta ve mayiyi hazırlayanın adı mayi üzerinde belirtilmelidir. (etiket vb.)
17	ACİL SERVİS	AS.17	Acil servisten istenen, uzman hekim konsültasyon gerçekleştirme süresi ölçülüyor mu?
		AS.17.1	Acil servisten istenen uzman hekim konsültasyon gerçekleştirme süresi mesai içi ve mesai dışı ayrı ölçülmelidir.
		AS.17.2	Ölçülen konsültasyon gerçekleştirme sürelerinin branş ve uzman hekim esaslı analizi yapılmalıdır.
		AS.17.3	Analiz sonuçları yönetim tarafından değerlendirilmeli ve gereken önlemler alınmalıdır.
18	ACİL SERVİS	AS.18	Her vardiyada görev yapan personel sayısı acil servis seviyesine uygun sayıda mı?
		AS.18.1	1. seviye acil serviste her vardiya için tabip/ asistan sayısı 1-2, 2. seviye acil serviste her vardiya için tabip/ asistan sayısı 2-4, 3. seviye acil serviste her vardiya için tabip/ asistan sayısı 4 + olmalıdır.
		AS.18.2	1. seviye acil serviste her vardiya için hemşire /ATT / sağlık memuru sayısı 1-2, 2. seviye acil serviste her vardiya için hemşire /ATT / sağlık memuru sayısı 2-7, 3. seviye acil serviste her vardiya için hemşire / ATT/ sağlık memuru sayısı 7+ olmalıdır.
		AS.18.3	Acil serviste aylık çalışma listeleri (tabip, hemşire/ATT / sağlık memuru) bulunmalıdır.

19	ACİL SERVİS	AS.19	Acil servis branş nöbetleri uygun şekilde tutuluyor mu?
		AS.19.1	Acil servisin kurulu bulunduğu sağlık tesisinde aynı uzmanlık dalından 6 (altı) ve üzeri sayıda uzman tabibin görev yaptığı branşlarda, 24 saat kesintisiz hizmet esasına dayalı olarak her bir uzmanlık dalı için acil branş nöbeti düzenlenmelidir. (Acil uzman tabip nöbeti gerektirmeyen fizik tedavi ve rehabilitasyon, cildiye gibi klinik branşlar ile biyokimya ve patoloji gibi diğer branşlardaki klinisyen olmayan uzman tabipler acil branş nöbetine dahil edilmez.)
20	ACİL SERVİS	AS.20	Acil serviste görev yapan personele ait giyinme ve dinlenme odaları mevcut mu?
		AS.20.1	Çalışan personel sayısına göre kadın erkek giyinme ve dinlenme odaları oluşturulmalıdır.
		AS.20.2	Dinlenme odalarında asgari olarak; el yıkama lavabosu, buzdolabı, oturma alanları (sandalye, koltuk, sehpa vb.), televizyon, telefon, kişiye özel eşya dolabı ve mahremiyete uygun giyinme alanları oluşturulmalıdır.
21	ACİL SERVİS	AS.21	Acil serviste laboratuvar hizmeti uygun şekilde veriliyor mu?
		AS.21.1	Hastalardan alınan numuneler, numunenin cinsine uygun ekipmanla, numune taşıma personeli veya pnömatik sistem aracılığıyla bekletilmeden laboratuvara ulaştırılmalıdır.
		AS.21.2	Kurum acil serviste çalışılan laboratuvar testlerinin sonuç verme sürelerini hastaların görebileceği şekilde uygun bir alanda ilan etmelidir.
		AS.21.3	Kurum acil serviste çalışılan laboratuvar testlerinin sonuçlarını ilan edilen sürelerde vermelidir.
22	ACİL SERVİS	AS.22	Acil serviste güvenlik hizmeti veriliyor mu?
		AS.22.1	Güvenlik hizmeti acil servis girişine hâkim, uygun alanda konumlandırılmalıdır.
		AS.22.2	Güvenlik personeli ile 24 saat hizmet verilmelidir.
		AS.22.3	Kamera sistemi hasta ve personel mahremiyeti gözönüne alınarak hastanın muayene ve tedavi edildiği alanların dışındaki tüm alanları kapsamalıdır.
		AS.22.4	Tıbbi işlemlerin gerçekleştiği alanlara erişim görevli personel dışındaki ilgisi olmayan kişiler için kısıtlanmalıdır.
23	ACİL SERVİS	AS.23	Nöbetçi eczaneleri gösteren güncel liste için acil serviste ilan alanı ayrılmış mı?
		AS.23.1	Nöbetçi eczane uygulama saati başladıktan sonra, günlük nöbetçi eczane bilgilerinin bulunduğu pano (elektronik veya manuel) kolaylıkla görülebilecek bir yerde olmalıdır.
24	ACİL SERVİS	AS.24	Acil servisten hizmet alan hasta ve yakınları için bekleme alanları mevcut mu?

		AS.24.1	Hasta ve yakınları için bekleme alanları oluşturulmalıdır.
25	POLİKLİNİK	P.1	Hasta kayıt birimi, uygun düzenlenmiş mi?
		P.1.1	Hasta kayıt birimi kolaylıkla görülebilecek ve ulaşılabilecek bir yerde bulunmalıdır.
		P.1.2	Hasta ile iletişimi sağlayacak biçimde düzenlenmelidir.
		P.1.3	Hasta kayıt görevlisi kurum hizmet süreçleri ve mevcut uygulamalar hakkında detaylı bilgiye sahip olmalıdır.
		P.1.4	Hasta kayıt görevlisi tarafından hastanın iletişim bilgilerinin güncelliği sağlanmalıdır.
26	POLİKLİNİK	P.2	Poliklinik muayene başlama ve bitiş saatleri belirlenerek hastaların görebileceği bir şekilde ilan edilmiş mi?
		P.2.1	Poliklinik muayene başlama ve bitiş saatleri web sayfasında, poliklinik bina/kat girişi ve hasta kayıt biriminde hastaların görebileceği bir şekilde ilan edilmelidir.
27	POLİKLİNİK	P.3	Polikliniklerde karşılama ve yönlendirme hizmeti için düzenlemeler yapılmış mı?
		P.3.1	Karşılama ve yönlendirme hizmetlerinde yer alan görevli, diğer personelden ayırt edilebilecek kıyafet giymeli ve yaka kartı takmalıdır.
		P.3.2	Karşılama yönlendirme personeli sayısı, hastanenin büyüklüğüne göre planlanmalıdır.
		P.3.3	Karşılama yönlendirme personeli, poliklinik bina girişlerine hakim alanlarda bulunmalıdır.
28	POLİKLİNİK	P.4	Polikliniklerde bekleme salonlarında uygun düzenlemeler yapılmış mı?
		P.4.1	Yeterli havalandırmaya sahip olmalıdır.
		P.4.2	Yeterli aydınlatmaya sahip olmalıdır.
		P.4.3	Bekleme salonlarında hasta sayısına göre yeterli oturma grupları bulundurulmalıdır.
29	POLİKLİNİK	P.5	Poliklinik hizmetlerinde öncelik grubuna giren hastalara yönelik gerekli düzenlemeler yapılmış mı?

		P.5.1	Poliklinik hizmeti almak için hastaneye başvuran öncelikli hastalar grubu ilan edilmelidir.
		P.5.2	Hasta kayıt kabul birimi tarafından kayıt işlemleri öncelikli olarak gerçekleştirilmelidir.
		P.5.3	Yaşlı ve engelli vatandaşların öncelikli oturmalarını sağlayacak (ayrılmış oturma grupları veya önceliği belirten uyarı levhaları vb.) düzenlemeler olmalıdır.
30	POLİKLİNİK	P.6	Hekimlerin günlük ve aylık poliklinik çalışma listeleri bulunuyor mu?
		P.6.1	Günlük ve aylık hekim çalışma listeleri oluşturulmalıdır.
		P.6.2	Günlük ve aylık hekim çalışma listeleri hasta kabul/poliklinik sekreterliği, santral, danışma ve halkla ilişkiler gibi bilgilendirme birimlerinde bulunmalıdır.
31	POLİKLİNİK	P.7	Muayene odası girişlerinde uygun düzenleme yapılmış mı?
		P.7.1	Muayene odalarının girişlerinde hekimlerin isimleri ve uzmanlık alanları yazılmalıdır.
		P.7.2	Her muayene odası girişinde, hastanın ismi veya sıra numarasını görebilmesi için, elektronik sistem kurulmalı ve çalışır durumda olmalıdır.
		P.7.3	MHRS ve öncelikli hasta gurubunda yer alan hastaların öncelik nedenleri ekrana yansıtılmalıdır.
		P.7.4	İsminin açıklanmasını istemeyen hastalar için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.
32	POLİKLİNİK	P.8	Poliklinikte muayene alanlarında mahremiyete yönelik düzenlemeler yapılmış mı?
		P.8.1	Muayene odasında mahremiyete yönelik fiziki düzenleme yapılmalıdır.
		P.8.2	Muayene odasında hasta varken, odada görevli personel dışında kimse (hasta yakını hariç) bulunmamalıdır.
33	POLİKLİNİK	P.9	Poliklinik süreçlerine ait tüm işlemler, Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) üzerinden yapılıyor mu?
		P.9.1	Poliklinikte muayene işlemleri (hasta anamnezi, tetkik istemleri, reçete, rapor vb.) HBYS üzerinden oluşturulmalıdır.
		P.9.2	Hasta laboratuvar sonuçları HBYS üzerinden görülebilmeli ve gereği halinde poliklinikten basılı olarak verilmelidir.

		P.9.3	Hasta yatışları başka bir işleme mahal bırakmadan poliklinikten yapılabilmelidir.
34	POLİKLİNİK	P.10	Hastaların hizmet alanlarına erişimi için düzenleme yapılmış mı?
		P.10.1	Poliklinik bina ve kat girişlerinde yönlendirme levhaları bulunmalı ve yönlendirmeler işlevsel olmalıdır.
		P.10.2	Hastadan istenen tetkik ve işlemlerin hastanenin hangi biriminde yapılacağı ve birimlerin konumu ile ilgili hastaya/hasta yakınına yazılı bilgilendirme yapılmalıdır. (D ve E1 rolündeki hastaneler muaftır.)
35	POLİKLİNİK	P.11	Hastanede, niteliklere uygun bebek bakımı ve emzirme odası var mı?
		P.11.1	Poliklinik alanında bebek bakımı ve emzirme odası olmalıdır.
		P.11.2	Mahremiyete yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
		P.11.3	Emzirmeyi özendirici, doğru emzirmeyi anlatan afiş ve broşürler olmalıdır.
		P.11.4	Lavabo, sabun, kâğıt havlu ve alt değiştirme yeri olmalıdır.
		P.11.5	Havalandırma ve aydınlatması yeterli seviyede olmalıdır.
36	POLİKLİNİK	P.12	MHRS 'den randevu alan hastaların, zamanında muayene olmaları için gerekli düzenlemeler yapılmış mı?
		P.12.1	MHRS'den randevu alan hastaların hasta kayıt işlemlerinin beklemeden yapılması için gerekli önlemler alınmalıdır.
		P.12.2	MHRS den randevu alan hastaların randevu saati ile muayene oldukları saat arasındaki süre ölçülerek 30 dakikayı geçen gecikmeler hekim bazlı analiz edilmeli (randevu saatinden önce ve sonra muayene edilen hastalar ayrılarak) sonuçları yönetim tarafından değerlendirilmeli ve gereken önlemler alınmalıdır.
37	POLİKLİNİK	P.13	Kan alma birimi konumu ve işleyişi uygun şekilde düzenlenmiş mi?
		P.13.1	Hasta yoğunluğunun fazla olduğu sağlık tesisindeki kan alma birimlerinde hastanın sırasını bildiren elektronik sistem düzenlenmelidir.
		P.13.2	Kan alma biriminde bulunan kolçaklı, trendelenburg pozisyonuna gelebilen kan alma koltukları yeterli sayıda olmalı ve lüzumu halinde kolaylıkla trendelenburg pozisyonuna gelebilecek şekilde konumlandırılmalıdır.
		P.13.3	Kan alma ünitesinde hasta mahremiyetini sağlamak üzere gerekli düzenlemeler yapılmalı ve bu düzenlemelere uyulmalıdır.

		P.13.4	Kan alma biriminde çalışılan laboratuvar testlerinin sonuç verilme süreleri hastaların görebileceği şekilde ilan edilmelidir. (Dış laboratuvar hizmet alımları da dahil)
		P.13.5	Hastalardan alınan numuneler, numunenin cinsine uygun ekipmanla, numune taşıma personeli veya pnömatik sistem aracılığıyla en geç 30 dk. içinde laboratuvara ulaştırılmalıdır.
38	POLİKLİNİK	P.14	Diş Polikliniğine yönelik düzenlemeler yapılmış mı? (C, D ve E1 rolündeki Sağlık Tesislerinde değerlendirilecektir.)
		P.14.1	Aktif olarak poliklinik yapan her diş hekimine yeterli donanıma sahip ve çalışır durumda bir diş üniti tahsis edilmelidir.
		P.14.2	Kullanılan ilaç ve sarf malzemeler prospektüsüne uygun ortamda saklanmalıdır. (Estetik dolgu setleri,Bondingler vb. üretici firma tarafından belirlenen sıcaklığa uyularak muhafaza edilmelidir)
		P.14.3	Panoramik veya periapikal röntgen cihazları ile çekim diş polikliniği dışında ayrı alanda yapılmalıdır.
		P.14.4	Kullanılan aletlerin sterilizasyonu vakum kaçak testi ve bowie-dick testi yapılabilen otoklavlarda yapılmalıdır. (Aeretör başlıkları, mikromotor, kavitron vb. için buharlı başlık otoklavı hariç) Tüm steril paketlerde kimyasal indikatör kullanılmalıdır.
		P.14.5	Poliklinik odasında asgari ve çalışır durumda aerötör başlığı, mikromotor, kavitron ve kavitron uçları, ısınlı dolgu cihazı vb. bulunmalıdır.
		P.14.6	Diş üniti kompresörü tercihen oda dışında olmalı aynı odada ise kopresörün yeterli ses izolasyonu sağlanmalıdır.
		P.14.7	Her hastadan sonra tedavide kullanılan ünit üzerindeki çıkarılabilen başlıklar (aeretör başlığı, anguldruva, kavitron vb.) steril edilmelidir.
		P.14.8	Hekimler MHRS işlem randevularını ve devam eden tüm tedavi randevularını HBYS üzerinden verebilmelidir.
		P.14.9	Ölçülerin transferi, dezenfeksiyonu yapılmış halde ağız kapalı hastaya özel kap ya da kilitli poşetlerde (Ölçü kaplarının üzerinde hasta kimlik bilgilerinin olduğu etiketler olacak şekilde) yapılmalıdır. Ölçülerin transferi hasta ve hasta yakını tarafından yapılmamalıdır.
		P.14.10	Protez işlemlerinin safhaları HBYS'ye zamanında ve eksiksiz kayıt edilmelidir.
		P.14.11	Ölçü alımı ile model oluşturmak amacıyla alçı dökümü arasında geçecek azami süreye uyum HBYS’ de izlenebilmelidir.
		P.14.12	Protez laboratuvarında akril gazlarının bertarafını sağlayan kabin vakum sistemleri bulunmalı ve aktif olarak kullanılmalıdır.
39	GÖRÜNTÜLEME	G.1	Radyoloji ünitelerinde gerekli düzenlemeler yapılmış mı?
		G.1.1	Hasta yoğunluğunun fazla olduğu sağlık tesisindeki görüntüleme ünitelerinin girişlerinde, HBYS ile entegre çalışan hastanın sırasını bildiren elektronik sistem düzenlenmeli ve işlevsel olmalıdır.

		G.1.2	Radyoloji ünitelerinin girişlerinde radyasyon uyarı levhaları bulunmalıdır.
		G.1.3	Her bir görüntüleme odası için hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik soyunma odası veya perde/paravanla ayrılmış soyunma alanı olmalıdır.
		G.1.4	Soyunma odası veya alanlarında askılık, çöp kutusu ve kağıt havlu bulundurulmalıdır.
		G.1.5	USG muayene odalarında, muayene masasında kullanılan örtülerin her hastada değişmesi sağlanmalı, hastanın kullanması için özel önlük/örtü verilmeli ve kağıt havlu bulundurulmalıdır.
		G.1.6	Radyasyon yayan cihazlarla yapılan tetkik işlemlerinin yapıldığı odalara bir hastanın işlemi bitmeden başka hasta alınmamalıdır.
		G.1.7	Tetkik odalarının havalandırılması aspiratör, vasistas tipi pencere veya merkezi havalandırma sistemi ile sağlanmalıdır.
		G.1.8	Radyasyon yayan cihazların bulunduğu alanlarda, iyonize havanın dışarıya atılmasını sağlayan zemine yakın yerleştirilmiş aspirasyon sistemi bulunmalıdır.
		G.1.9	Kumanda ünitesinin çekim odasının dışında olması durumunda, oda duvarına hastayı görebilecek şekilde kurşun eşdeğerli camı bulunan bir pencere açılmalıdır.
		G.1.10	Kumanda ünitesinin çekim odasının içinde olması durumunda, kumanda ünitesi hasta masasından en az 200 cm uzaklığa yerleştirilmeli ve önüne üzerinde kurşun eşdeğerli cam penceresi olan ‘L’ şeklinde, en az 200 cm yüksekliğinde ve uzun kenarı 100 cm kısa kenarı 50 cm eninde bir paravan veya kurşun yalıtımlı duvar bulunmalıdır.
		G.1.11	Görüntüleme ünitesinde bekleme alanları oluşturulmalıdır.
40	GÖRÜNTÜLEME	G.2	Sağlık tesisinde bulunan radyoloji ünitelerinin TAEK lisansı var mı?
		G.2.1	Sağlık tesisinde bulunan radyasyon yayan cihazların (direkt röntgen, bilgisayarlı tomografi, mamografi, kemik mineral dansitometre, skopi, periapikal/panoramik, vb.) TAEK lisansı güncel olmalıdır.
		G.2.2	TAEK lisansı üzerinde bulunan radyasyon sorumlusu sağlık tesisinde görevli olmalıdır. (Radyasyon sorumlusunun değişmesi halinde TAEK lisansının vize edilmesi için başvuru yapılmalıdır.)
		G.2.3	TAEK lisansında bulunan seri numarası ile cihaz seri numarası uyumlu olmalıdır.
41	GÖRÜNTÜLEME	G.3	Radyoloji ünitelerinde çalışan ve hasta güvenliğine yönelik düzenlemeler yapılmış mı?
		G.3.1	Radyasyon ile çalışan personel kişisel dozimetre taşınmalı ve ölçüm kayıtları kontrol edilmelidir.
		G.3.2	Dozimetre ölçüm sonuçlarında uygunsuzluk tespit edilmesi durumunda ilgili personele tebliğ/tebellüğ edilmelidir.

		G.3.3	Radyoloji ünitesinde çalışan personele 6 ayda bir kez hemogram, periferik yayma, yılda 1 kez de tiroid fonksiyon testleri, göz ve dermatolojik muayene yapılmalıdır.
		G.3.4	Yapılan tetkikler ilgili uzmanlar tarafından değerlendirilip kayıt altına alınmalıdır.
		G.3.5	Çalışan ve hasta güvenliğini sağlamak amacıyla kişisel koruyucu malzemeler (kurşun önlük, çocuk ve erişkin boylarında tiroid ve gonad koruyucu vb.) kullanılmalıdır.
		G.3.6	Kişisel koruyucu ekipmanlar uygun şekilde muhafaza edilmelidir.
		G.3.7	Kişisel koruyucu ekipmanlar en az yılda bir defa ve gerektiğinde floroskopi, skopi veya röntgen filmi ile kontrol edilmeli ve sonuçları Radyoloji uzman hekimi tarafından değerlendirilmelidir.
		G.3.8	Sağlık tesisinde bulunan bütün kişisel koruyucu ekipmanların (önlük, tiroid, gonad koruyucu) üzerinde tanımlama yapılmalı ve bu tanımlamaya uygun koruyucu ekipman listesi oluşturulmalıdır.
		G.3.9	Kontrastlı tetkik ve invaziv girişimsel işlem yapılan radyoloji ünitelerinde acil müdahale seti kolay ulaşılabilecek mesafede bulundurulmalıdır. Acil müdahale setinin kontrolleri düzenli olarak yapılarak kayıt altına alınmalıdır.
42	GÖRÜNTÜLEME	G.4	Tanısal görüntüleme tetkik istemlerinde, klinik endikasyon belirtiliyor mu? (ön/kesin tanı)
		G.4.1	Tanısal görüntüleme tetkik istemlerinde, klinik endikasyon belirtilmiş olmalıdır. (ön/kesin tanı)
43	GÖRÜNTÜLEME	G.5	Girişimsel görüntüleme ve kontrastlı tetkiklerde hasta onamı alınıyor mu?
		G.5.1	Girişimsel görüntüleme ve kontrastlı tetkiklerde, onam formunda yer alan bilgiler bilgilendirmeyi yapan ve tıbbi müdahaleyi gerçekleştirecek sağlık meslek mensubu tarafından hastaya veya kanuni temsilcisine aktarılmalıdır. Onam formu asgari olarak aşağıdaki bilgileri içermelidir: a) Tıbbi müdahalenin kim tarafından nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı ile tahmini süresi, b) Diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın sağlığı üzerindeki muhtemel etkileri, c) Muhtemel komplikasyonları, ç) Reddetme durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskleri, d) Kullanılacak ilaçların önemli özellikleri, e) Hastanın veya kanuni temsilcisinin adı, soyadı, kendi el yazısı ile yazılmış "okudum anladım" ifadesi ve imzası, f) Bilgilendirmeyi yapan ve tıbbi müdahaleyi gerçekleştiren sağlık meslek mensubu adı, soyadı, ünvanı ve imzası, g) Onamın alındığı tarih ve saat.
		G.5.2	Onam formu iki nüsha olarak imza altına alınmalı ve bir nüshası hastane tarafından arşivlenmeli, diğeri ise hastaya veya kanuni temsilcisine verilmelidir. Sağlık tesisinde kalan nüshasında, bir nüshanın hasta veya yakınına verildiğine dair imza olmalıdır.
44	GÖRÜNTÜLEME	G.6	MR randevu ve rapor süreleri, Bakanlık tarafından belirlenen zaman dilimi içerisinde veriliyor mu?

		G.6.1	MR için; tetkikin istendiği günden itibaren en geç 10 iş gününde randevu verilmelidir.
		G.6.2	Tetkikin yapıldığı gün hariç 3 iş günü içinde tetkikin sonucu verilmelidir.
		G.6.3	MR randevusu hasta yığılmalarını önleyecek şekilde saatlik zaman dilimlerine bölünerek verilmelidir.
45	GÖRÜNTÜLEME	G.7	CT randevu ve rapor süreleri, Bakanlık tarafından belirlenen zaman dilimi içerisinde veriliyor mu?
		G.7.1	CT için; tetkikin istendiği günden itibaren en geç 10 iş gününde randevu verilmelidir.
		G.7.2	Tetkikin yapıldığı gün hariç 3 iş günü içinde tetkikin sonucu verilmelidir.
		G.7.3	CT randevusu hasta yığılmalarını önleyecek şekilde saatlik zaman dilimlerine bölünerek verilmelidir.
46	GÖRÜNTÜLEME	G.8	EEG randevu ve rapor süreleri, Bakanlık tarafından belirlenen zaman dilimi içerisinde veriliyor mu?
		G.8.1	EEG için; tetkikin istendiği günden itibaren en geç 20 iş gününde randevu verilmelidir.
		G.8.2	Tetkikin yapıldığı gün hariç 3 iş günü içinde tetkikin sonucu verilmelidir.
		G.8.3	EEG randevusu hasta yığılmalarını önleyecek şekilde saatlik zaman dilimlerine bölünerek verilmelidir.
47	GÖRÜNTÜLEME	G.9	EMG randevu ve rapor süreleri, Bakanlık tarafından belirlenen zaman dilimi içerisinde veriliyor mu?
		G.9.1	EMG için; tetkikin istendiği günden itibaren en geç 20 iş gününde randevu verilmelidir.
		G.9.2	Tetkikin yapıldığı gün hariç 3 iş günü içinde tetkikin sonucu verilmelidir.
		G.9.3	EMG randevusu hasta yığılmalarını önleyecek şekilde saatlik zaman dilimlerine bölünerek verilmelidir.
48	GÖRÜNTÜLEME	G.10	EKO randevu ve rapor süreleri, Bakanlık tarafından belirlenen zaman dilimi içerisinde veriliyor mu?
		G.10.1	EKO için; tetkikin istendiği günden itibaren en geç 5 iş gününde randevu verilmelidir.

		G.10.2	Tetkik yapıldıktan sonraki 30 dakika içerisinde tetkikin sonucu verilmelidir.
49	GÖRÜNTÜLEME	G.11	USG randevu ve rapor süreleri, Bakanlık tarafından belirlenen zaman dilimi içerisinde veriliyor mu?
		G.11.1	USG için; tetkikin istendiği günden itibaren en geç 3 iş gününde randevu verilmelidir.
		G.11.2	Meme USG için; tetkikin istendiği günden itibaren en geç 7 iş gününde randevu verilmelidir.
		G.11.3	Tetkik yapıldıktan sonraki 30 dakika içerisinde tetkikin sonucu verilmelidir.
		G.11.4	USG randevusu hasta yığılmalarını önleyecek şekilde saatlik zaman dilimlerine bölünerek verilmelidir.
50	BİYOKİMYA LABORATUVARI	BL.1	Biyokimya laboratuvarının ruhsatlandırılmasına yönelik çalışma yapılmış mı?
		BL.1.1	Biyokimya laboratuvarının ruhsatlandırması yapılmalıdır. (Başvuru yapılması durumunda olumlu olarak değerlendirilecektir.)
51	BİYOKİMYA LABORATUVARI	BL.2	Laboratuvar testlerinin sonuçları ilan edilen sürelerde veriliyor mu?
		BL.2.1	Laboratuvarlarda, sağlık tesisi yönetimi tarafından beyan edilen süre içerisinde sonuç verilmelidir.
52	BİYOKİMYA LABORATUVARI	BL.3	Hastalardan alınan numuneler uygun koşullarda laboratuvara ulaştırılıyor mu?
		BL.3.1	Hastalardan alınan numuneler, numunenin cinsine uygun ekipmanla, numune taşıma personeli veya pnömatik sistem aracılığıyla bekletilmeden laboratuvara ulaştırılmalıdır.
		BL.3.2	Bağlı birimlerden (Semt Plk. Ek Bina vb.) merkez laboratuvara transferi yapılan numunelere yönelik düzenleme yapılmalı ve yapılan düzenlemeye uyulmalıdır.
53	BİYOKİMYA LABORATUVARI	BL.4	Numunenin laboratuvara kabulüne yönelik düzenleme yapılmış mı?
		BL.4.1	Laboratuvar girişinde ayrı bir numune kabul birimi bulunmalıdır.
		BL.4.2	Gelen her numunenin barkod okuyucu ile kabulü yapılmalıdır.
		BL.4.3	Numunenin kabul edildiği tarih, saat, geldiği bölüm, kabul veya reddeden personelin adı soyadı, reddedildi ise ret nedeni HBYS üzerinde yer almalıdır.

54	BİYOKİMYA LABORATUVARI	BL.5	Laboratuvarda numune kabul-ret kriterleri oluşturulmuş mu?
		BL.5.1	Tıbbi biyokimya laboratuvarı için numune kabul ve red kriterleri oluşturulmalıdır.
		BL.5.2	Reddedilen numuneler HBYS üzerinden takip edilebilmelidir.
		BL.5.3	Kabul edilmeyen numunelerin reddedilme nedenlerinin aylık analizi yapılmalı ve analiz sonuçları değerlendirilerek gerekli ise düzenlemeler yapılmalıdır.
55	BİYOKİMYA LABORATUVARI	BL.6	Laboratuvar alanları uygun fiziki koşullara sahip mi?
		BL.6.1	Laboratuvar ortamı, yeterli oranda iklimlendirilmelidir.
		BL.6.2	Laboratuvar ortamı, yeterli oranda aydınlatılmalıdır.
		BL.6.3	Laboratuvar, teknik, destek ve ofis alanı olmak üzere üç temel alandan oluşmalıdır.
		BL.6.4	Tıbbi biyokimya laboratuvarlarında idrar ve gaita testleri ayrı bir odada veya aynı teknik alan içerisinde ve havalandırması olan en az 7,5 metrekare ayrı bir alanda veya çeker ocak ortamında çalışılmalıdır.
56	BİYOKİMYA LABORATUVARI	BL.7	Laboratuvar kitlerinin muhafaza edildiği buzdolaplarının sıcaklık takipleri yapılıyor mu?
		BL.7.1	Laboratuvar kitleri üretici firma önerilerine uygun sıcaklıkta saklanmalı ve sıcaklık takipleri kayıt altına alınmalıdır.
		BL.7.2	Buzdolaplarında sıcaklığın referans değerler aralığında bulunmaması halinde, ilgili yetkiliye mesaj ve/veya e-posta yoluyla gerçek zamanlı olarak bilgilendirme yapılmalıdır.(24 saat nöbet tutulan laboratuvarlarda, aktif göz önünde bulunan buzdolaplarında sesli uyarı sistemi var ise bu unsurdan muaftır.)
		BL.7.3	Laboratuvar aktif çalışma alanı dışında, destek depo alanlarında (laboratuvar kitlerinin depolandığı) bulunan buzdolaplarında sıcaklığın referans değerler aralığında bulunmaması halinde, ilgili yetkiliye mesaj ve/veya e-posta yoluyla gerçek zamanlı olarak bilgilendirme yapılmalıdır.
57	BİYOKİMYA LABORATUVARI	BL.8	Laboratuvar süreçlerinin kontrolüne yönelik düzenleme yapılmış mı?
		BL.8.1	Analiz öncesi (preanalitik), analiz (analitik) ve analiz sonrası (postanalitik) süreçler ile ilgili aylık değerlendirmeler yapılmalı ve kayıtları tutulmalıdır.
		BL.8.2	Analiz öncesi (preanalitik), analiz (analitik) ve analiz sonrası (postanalitik) süreçler ile ilgili değerlendirme sonuçlarına göre gereken önlemler alınmalı ve kayıtları tutulmalıdır.
58	BİYOKİMYA LABORATUVARI	BL.9	Laboratuvar da çalışılan testlere yönelik iç kalite kontrol çalışmaları yapılmış mı?

		BL.9.1	İç kalite kontrol çalışması yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.
59	BİYOKİMYA LABORATUVARI	BL.10	Laboratuvar da çalışılan testlerin dış kalite kontrol çalışmaları yapılmış mı?
		BL.10.1	Dış kalite kontrol çalışması yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.
60	BİYOKİMYA LABORATUVARI	BL.11	Laboratuvar hasta sonuç çıktısına yönelik düzenleme yapılmış mı?(Dış laboratuvar hizmet alımlarında da değerlendirilir.)
		BL.11.1	Laboratuvar hasta sonuç çıktısında asgari; - İstemin yapıldığı ve numunenin çalışıldığı hastane yada laboratuvarın adı, - Numune ve testin adı, sonuç değer birimi, referans aralık/değeri, - Hastanın, istemi yapan hekimin ve sonucu onaylayanın adı soyadı, - Numunenin alındığı, numunenin laboratuvara kabul edildiği ve sonucun onaylandığı tarih ve saat bilgileri yer almalıdır.
61	BİYOKİMYA LABORATUVARI	BL.12	Laboratuvarda panik değer yönetimi uygun yapılıyor mu?
		BL.12.1	Laboratuvarda panik değer listesi bulunmalı ve HBYS üzerinde tanımlanmalıdır.
		BL.12.2	HBYS üzerinde uyarı sistemi; hasta sonucu onaylanmadan önce laboratuvar çalışanı tarafından görülebilecek ve ilgili sağlık personelinin ekranında fark edilebilecek şekilde olmalıdır.
		BL.12.3	Panik değer tespit edildiğinde sağlık personeli ile iletişime geçilmeli, bildirim yapılarak (hastanın adı soyadı, protokol numarası, hastanın geldiği bölüm, panik değere ait sonuç, bildirimi yapan ve yapılan kişinin adı soyadı, bildirim tarih ve saati) kayıt altına alınmalıdır.
62	BİYOKİMYA LABORATUVARI	BL.13	Laboratuvar güvenliğini sağlamaya yönelik düzenleme yapılmış mı?
		BL.13.1	Laboratuvar güvenlik rehberi oluşturulmalı ve rehber asgari olarak; - Laboratuvara giriş/çıkış kuralları, - Laboratuvar alet ve ekipmanlarının kullanımında uyulması gereken kurallar, - Çalışanların uyması gereken kurallar, - Laboratuvar çalışanları kişisel koruyucu ekipman kullanımı, - Biyolojik tehlike ve kullanılan kimyasal ajanlardan korunma, - Tehlikeli maddelerin yönetimi, - Laboratuvar temizlik, dezenfeksiyon ve sterilizasyon kuralları, - Atık yönetimi ve dekontaminasyon, - Laboratuvar kaza bildirimi, - Yangın ve - Elektrik güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirleri içerecek şekilde hazırlanmalıdır.

		BL.13.2	Rehber sağlık tesisinin uygulamaları ile uyumlu olmalıdır.
		BL.13.3	Laboratuvar kazaları sözlü ve yazılı olarak bildirilmeli, laboratuvar kazalarının yıllık analizi yapılmalıdır.
		BL.13.4	Tıbbi laboratuvar içerisinde bulunan tehlike ve risklere ilişkin olarak, giriş kapısı, çalışma alanı ile gerekli olduğu durumlarda cihaz, donanım veya aygıt üzerine ilgili işaretleme veya etiketleme yapılmalıdır.
		BL.13.5	Tıbbi Laboratuvar teknik alanlarına yetkisiz kişilerin girişlerine engel olacak şekilde düzenleme yapılmalıdır.
		BL.13.6	Tıbbi laboratuvar teknik alanlarında el yıkama için lavabo ile göz yıkama işlevi görececek ünite/materyal bulunmalıdır.
		BL.13.7	Tıbbi laboratuvarlarda kimyasal ve/veya potansiyel enfeksiyöz risklerinden korunmak için, personel kişisel koruyucu ekipman kullanılmalıdır.
		BL.13.8	İlgili birim sorumlusu tarafından onaylanmış, tıbbi laboratuvarlarda bulunan kimyasal madde listesi hazırlanmalıdır. Kullanılan kimyasalların ürün güvenlik bilgi formları (MaterialSafety Data Sheets; MSDS) olmalı ve depolama bu bilgi formlarında geçen özelliklere uygun olarak yapılmalıdır.
		BL.13.9	Elektrik panoları üzerinde uyarı işaretleri olmalı, acil durumlarda akımı kesmek için ana şalterin yeri tüm çalışanlar tarafından bilinmeli ve kolaylıkla erişilebilir olmalıdır.
		BL.13.10	Tıbbi laboratuvarlarda ilk yardım seti ve mevcut tehlikelere uygun yangın söndürücü ile alev söndürme örtüsü gibi güvenlik donanımı bulundurulmalıdır.
63	MİKROBİYOLOJİ LABORATUVARI	ML.1	Mikrobiyoloji laboratuvarının ruhsatlandırılmasına yönelik çalışma yapılmış mı?
		ML.1.1	Mikrobiyoloji laboratuvarının ruhsatlandırması yapılmalıdır. (Başvuru yapılması durumunda olumlu olarak değerlendirilecektir.)
64	MİKROBİYOLOJİ LABORATUVARI	ML.2	Laboratuvar testlerinin sonuçları ilan edilen sürelerde veriliyor mu?
		ML.2.1	Laboratuvarlarda, sağlık tesisi yönetimi tarafından beyan edilen süre içerisinde sonuç verilmelidir.
65	MİKROBİYOLOJİ LABORATUVARI	ML.3	Hastalardan alınan numuneler uygun koşullarda laboratuvara ulaştırılıyor mu?
		ML.3.1	Hastalardan alınan numuneler numunenin cinsine uygun ekipmanla, numune taşıma personeli veya pnömatik sistem aracılığıyla bekletilmeden laboratuvara ulaştırılmalıdır.
		ML.3.2	Bağlı birimlerden (Semt Plk. Ek Bina vb.) Merkez Laboratuvara transferi yapılan numunelere yönelik düzenleme, yapılmalı ve yapılan düzenlemeye uyulmalıdır.
66	MİKROBİYOLOJİ LABORATUVARI	ML.4	Numunenin laboratuvara kabulüne yönelik düzenleme yapılmış mı?

		ML.4.1	Laboratuvar girişinde ayrı bir numune kabul birimi bulunmalıdır.
		ML.4.2	Gelen her numunenin barkod okuyucu ile kabulü yapılmalıdır.
		ML.4.3	Numunenin kabul edildiği tarih, saat, geldiği bölüm, kabul veya reddeden peronelin adı soyadı, reddedildi ise ret nedeni HBYS üzerinde yer almalıdır.
67	MİKROBİYOLOJİ LABORATUVARI	ML.5	Laboratuvarda numune kabul-ret kriterleri oluşturulmuş mu?
		ML.5.1	Tıbbi Mikrobiyoloji Laboratuvarı için numune kabul ve red kriterleri oluşturulmalıdır.
		ML.5.2	Reddedilen numuneler HBYS üzerinden takip edilebilmelidir.
		ML.5.3	Kabul edilmeyen numunelerin reddedilme nedenlerinin aylık analizi yapılmalı ve analiz sonuçları değerlendirilerek gerekli ise düzenlemeler yapılmalıdır.
68	MİKROBİYOLOJİ LABORATUVARI	ML.6	Laboratuvar alanları uygun fiziki koşullara sahip mi?
		ML.6.1	Laboratuvar ortamı, yeterli oranda iklimlendirilmelidir.
		ML.6.2	Laboratuvar ortamı, yeterli oranda aydınlatılmalıdır.
		ML.6.3	Laboratuvar, teknik, destek ve ofis alanı olmak üzere üç temel alandan oluşmalıdır.
		ML.6.4	Tıbbi mikrobiyoloji laboratuvarında idrar ve gaita testleri ayrı bir odada veya aynı teknik alan içerisinde ve havalandırması olan en az 7,5 metrekare ayrı bir alanda veya çeker ocak ortamında çalışılmalıdır.
		ML.6.5	Tıbbi mikrobiyoloji laboratuvarında (besiyerini kendisi yapması durumunda) besiyeri hazırlama odası olmalıdır.
69	MİKROBİYOLOJİ LABORATUVARI	ML.7	Laboratuvar kitleri ve antibiyotik disklerinin muhafaza edildiği buzdolaplarının sıcaklık takipleri yapılıyor mu?
		ML.7.1	Laboratuvar kitleri üretici firma önerilerine uygun sıcaklıkta saklanmalı ve sıcaklık takipleri kayıt altına alınmalıdır.
		ML.7.2	Antibiyotik diskleri üretici firma önerilerine uygun sıcaklıkta saklanmalı ve sıcaklık takipleri kayıt altına alınmalıdır.
		ML.7.3	Buzdolaplarında sıcaklığın referans değerler aralığında bulunmaması halinde, ilgili yetkiliye mesaj ve/veya e-posta yoluyla gerçek zamanlı olarak bilgilendirme yapılmalıdır.(24 saat nöbet tutulan laboratuvarlarda, aktif göz önünde bulunan buzdolaplarında sesli uyarı sistemi var ise bu unsurdan muaftır.)

70	MİKROBİYOLOJİ LABORATUVARI	ML.8	Laboratuvar süreçlerinin kontrolüne yönelik düzenleme yapılmış mı?
		ML.8.1	Analiz öncesi (preanalitik), analiz (analitik) ve analiz sonrası (postanalitik) süreçler ile ilgili aylık değerlendirmeler yapılmalı ve kayıtları tutulmalıdır.
		ML.8.2	Analiz öncesi (preanalitik), analiz (analitik) ve analiz sonrası (postanalitik) süreçler ile ilgili değerlendirme sonuçlarına göre gereken önlemler alınmalı ve kayıtları tutulmalıdır.
71	MİKROBİYOLOJİ LABORATUVARI	ML.9	Laboratuvar da çalışılan testlere yönelik iç kalite kontrol çalışmaları yapılmış mı?
		ML.9.1	İç kalite kontrol çalışması yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.
72	MİKROBİYOLOJİ LABORATUVARI	ML.10	Laboratuvar da çalışılan testlerin dış kalite kontrol çalışmaları yapılmış mı?
		ML.10.1	Dış kalite kontrol çalışması yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.
73	MİKROBİYOLOJİ LABORATUVARI	ML.11	Laboratuvar hasta sonuç çıktısına yönelik düzenleme yapılmış mı?(Dış laboratuvar hizmet alımlarında da değerlendirilir.)
		ML.11.1	Laboratuvar hasta sonuç çıktısında asgari; - İstemin yapıldığı ve numunenin çalışıldığı hastane yada laboratuvarın adı, - Numune ve testin adı, sonuç değer birimi, referans aralık/değeri, - Hastanın, istemi yapan hekimin ve sonucu onaylayanın adı soyadı, - Numunenin alındığı, numunenin laboratuvara kabul edildiği ve sonucun onaylandığı tarih ve saat bilgileri yer almalıdır.
74	MİKROBİYOLOJİ LABORATUVARI	ML.12	Laboratuvarda panik değer yönetimi uygun yapılıyor mu?
		ML.12.1	Laboratuvarda panik değer listesi bulunmalı ve HBYS üzerinde tanımlanmalıdır.
		ML.12.2	HBYS üzerinde uyarı sistemi; hasta sonucu onaylanmadan önce laboratuvar çalışanı tarafından görülebilecek ve ilgili sağlık personelinin ekranında fark edilebilecek şekilde olmalıdır.
		ML.12.3	Panik değer tespit edildiğinde sağlık personeli ile iletişime geçilmeli, bildirim yapılarak (hastanın adı soyadı, protokol numarası, hastanın geldiği bölüm, panik değere ait sonuç, bildirimi yapan ve yapılan kişinin adı soyadı, bildirim tarih ve saati) kayıt altına alınmalıdır.
75	MİKROBİYOLOJİ LABORATUVARI	ML.13	Laboratuvar güvenliğini sağlamaya yönelik düzenleme yapılmış mı?

		ML.13.1	Laboratuvar güvenlik rehberi oluşturulmalı ve rehber asgari olarak; - Laboratuvara giriş/çıkış kuralları, - Laboratuvar alet ve ekipmanlarının kullanımında uyulması gereken kurallar, - Çalışanların uyması gereken kurallar, - Laboratuvar çalışanları kişisel koruyucu ekipman kullanımı, - Biyolojik tehlike ve kullanılan kimyasal ajanlardan korunma, - Tehlikeli maddelerin yönetimi, - Laboratuvar temizlik, dezenfeksiyon ve sterilizasyon kuralları, - Atık yönetimi ve dekontaminasyon, - Laboratuvar kaza bildirimi, - Yangın ve - Elektrik güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirleri içerecek şekilde hazırlanmalıdır.
		ML.13.2	Rehber uygulamalar ile uyumlu olmalıdır.
		ML.13.3	Kültür plaklarının dekontaminasyonuna yönelik düzenleme yapılmalıdır.
		ML.13.4	Laboratuvar kazaları sözlü ve yazılı olarak bildirilmeli, laboratuvar kazalarının yıllık analizi yapılmalıdır.
		ML.13.5	Tıbbi laboratuvar içerisinde bulunan tehlike ve risklere ilişkin olarak, giriş kapısı, çalışma alanı ile gerekli olduğu durumlarda cihaz, donanım veya aygıt üzerine ilgili işaretleme veya etiketleme yapılmalıdır.
		ML.13.6	Tıbbi laboratuvar teknik alanlarına yetkisiz kişilerin girişlerine engel olacak şekilde düzenleme yapılmalıdır.
		ML.13.7	Tıbbi laboratuvar teknik alanlarında el yıkama için lavabo ile göz yıkama işlevi görecekt ünite/materyal bulunmalıdır.
		ML.13.8	Tıbbi laboratuvarda kimyasal ve/veya potansiyel enfeksiyöz risklerinden korunmak için, personel kişisel koruyucu ekipman kullanılmalıdır.
		ML.13.9	İlgili birim sorumlusu tarafından onaylanmış, tıbbi laboratuvarda bulunan kimyasal madde listesi hazırlanmalıdır. Kullanılan kimyasalların ürün güvenlik bilgi formları (MaterialSafety Data Sheets; MSDS) olmalı ve depolama bu bilgi formlarında geçen özelliklere uygun olarak yapılmalıdır.
		ML.13.10	Elektrik panoları üzerinde uyarı işaretleri olmalı, acil durumlarda akımı kesmek için ana şalterin yeri tüm çalışanlar tarafından bilinmeli ve kolaylıkla erişilebilir olmalıdır.
		ML.13.11	Tıbbi laboratuvarda ilk yardım seti ve mevcut tehlikelere uygun yangın söndürücü ile alev söndürme örtüsü gibi güvenlik donanımı bulundurulmalıdır.
		ML.13.12	Laboratuvar içinde hazırlanan tüm kimyasalların üzerinde; kimyasalın ismi, üretici firma adı, kimyasal tehlike simgesi ve/veya etiketi, oranı, kimyasalın hazırlandığı tarih, kullanılmaya başlandığı tarih ve son kullanma tarihi bulunmalıdır.

76	MİKROBİYOLOJİ LABORATUVARI	ML.14	Kültür testleri biyogüvenlik kabininde uygun koşullarda çalışılıyor mu?(Kültür testleri çalışılmayan laboratuvarlar muafır.)
		ML.14.1	Biyogüvenlik kabinleri laboratuvar içinde, kapılardan, açık pencerelerden, havalandırma ızgaralarından, hava akımını bozan cihazlardan (çeker ocak, santrifüj vb.) ve yoğun insan trafiği olan alanlardan uzak olacak şekilde konumlandırılmalıdır.
		ML.14.2	Kabinin laminar hava akımı çalışır durumda olmalıdır.
		ML.14.3	Sınıf 2B olan kabinlerin baca bağlantısı olmalıdır.
		ML.14.4	Biyogüvenlik kabininin bakım ve kontrol talimatı olmalıdır.
		ML.14.5	Periyodik bakımları ve performans testleri (sızdırmazlık testi, dekontaminasyon sistem testleri vb.) yılda bir defa yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.
		ML.14.6	Çalışma öncesinde ve sonrasında kabin yüzeyi %70 etanol veya çamaşır suyu çözeltisi ile temizlenmeli, kabin fanı en az 5 dakika çalıştırıldıktan sonra çalışmaya başlanmalı, çalışma bitiminde fan 5 dakika çalıştırılmalı ve bu işlemler kayıt altına alınmalıdır.
77	PATOLOJİ LABORATUVARI	PL.1	Patoloji laboratuvarının ruhsatlandırılmasına yönelik çalışma yapılmış mı?
		PL.1.1	Patoloji laboratuvarının ruhsatlandırması yapılmalıdır. (Başvuru yapılması durumunda olumlu olarak değerlendirilecektir.)
78	PATOLOJİ LABORATUVARI	PL.2	Laboratuvar testlerinin sonuçları ilan edilen sürelerde veriliyor mu?
		PL.2.1	Kurum patoloji laboratuvarında çalışılan sitoloji ve biyopsi testlerinin sonuçlarının ne zaman çıkacağı hakkında bilgi vermelidir.
		PL.2.2	Kurum patoloji laboratuvarında çalışılan sitoloji ve biyopsi testlerinin sonuçlarını beyan ettiği sürelerde vermelidir.
		PL.2.3	Patoloji laboratuvarına gelen materyallerin kabulü teslim tutanakları (defter, form vb.) teslim eden ve teslim alan personelin imzası ile kayıt altına alınmalıdır.
79	PATOLOJİ LABORATUVARI	PL.3	Hastalardan alınan numuneler uygun koşullarda laboratuvara ulaştırılıyor mu?
		PL.3.1	Hastalardan alınan numuneler numunenin cinsine uygun koşullarda, uygun kap ve ekipmanla, numune taşıma personeli aracılığıyla bekletilmeden laboratuvara ulaştırılmalıdır.
		PL.3.2	Bağlı birimlerden (Semt Plk. Ek Bina vb.) Merkez Laboratuvara transferi yapılan numunelere yönelik düzenleme yapılmalı ve yapılan düzenlemeye uyulmalıdır.

80	PATOLOJİ LABORATUVARI	PL.4	Numunenin laboratuvara kabulüne yönelik düzenleme yapılmış mı?
		PL.4.1	Numune kabul biriminde, gelen her numunenin barkod okuyucu ile kabulü yapılmalıdır.
		PL.4.2	Numunenin kabul edildiği tarih, saat, geldiği bölüm, kabul veya reddeden peronelin adı soyadı, reddedildi ise ret nedeni HBYS üzerinde yer almalıdır.
81	PATOLOJİ LABORATUVARI	PL.5	Laboratuvarda numune kabul-ret kriterleri oluşturulmuş mu?
		PL.5.1	Tıbbi Patoloji Laboratuvarı için numune kabul ve red kriterleri oluşturulmalıdır.
		PL.5.2	Reddedilen numuneler HBYS üzerinden takip edilebilmelidir.
		PL.5.3	Kabul edilmeyen numunelerin reddedilme nedenlerinin aylık analizi yapılmalı ve analiz sonuçları değerlendirilerek gerekli ise düzenlemeler yapılmalıdır.
82	PATOLOJİ LABORATUVARI	PL.6	Patoloji laboratuvarı uygun fiziki koşullara sahip mi?
		PL.6.1	Laboratuvar ortamı, yeterli oranda iklimlendirilmelidir.
		PL.6.2	Laboratuvar ortamı, yeterli oranda aydınlatılmalıdır.
		PL.6.3	Patoloji Laboratuvarında; -Boyama/özel işlem odası/alanı, -Doktor mikroskopi inceleme odası/alanı, -Arşiv odası, -Makroskopi odası, -Destek ve ofis alanları bulunmalıdır.
		PL.6.4	Patoloji Laboratuvarında personel için giyinme ve dinlenme odası bulunmalıdır.
		PL.6.5	Makroskopi odasında kimyasal buhar veya gazlarla güvenli çalışmak için, özel bir havalandırma sistemi (özel çeker ocak veya tezgah üstü özel hava temizleme cihazlarından en az biri) bulunmalıdır. Havalandırma sistemi kullanım anında çalışır durumda olmalıdır.
		PL.6.6	Havalandırma sistemi hastane havalandırma sisteminden ayrı olmalıdır.
83	PATOLOJİ LABORATUVARI	PL.7	Patoloji Laboratuvarında çalışanlara formaldehit ve ksilen düzey ölçümleri yapılıyor mu?

		PL.7.1	Laboratuvarda çalışanlara formaldehit ve ksilen düzey ölçümleri yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır. Formaldehit için; o Makroskopi odasında çalışan personel (8 saatlik ölçüm) o Makroskopi materyalini atan personel (15 dakikalık ölçüm) o Formaldehit solüsyonu hazırlayan personel (15 dakikalık ölçüm) o Doku takip kapları solüsyonlarını değiştiren personel (15 dakikalık ölçüm) ölçüm yapılmalıdır. Ksilen için; o Boyama ve kapama yapan personel (15 dakikalık ve 8 saatlik ölçüm) o Doku takip kapları solüsyonlarını değiştiren personel (15 dakikalık ölçüm) o Frozen kesit boyaması yapan personel (15 dakikalık ve 8 saatlik ölçüm) ölçüm yapılmalıdır.
		PL.7.2	Ölçülen değerler üst limitleri aşıyorsa, gerekli düzeltme işlemleri yapıldıktan sonra istenen değerler sağlanana kadar ölçüm tekrarlanmalıdır.
		PL.7.3	Tıbbi laboratuvarın fiziki koşullarında veya işleyiş değişikliği olduğu takdirde yeni koşullardaki maruziyetin ölçümü tekrar yapılmalıdır.
84	PATOLOJİ LABORATUVARI	PL.8	Patoloji laboratuvarında arşivleme uygun koşullarda yapılıyor mu?
		PL.8.1	Arşiv odası uygun alanlarda konumlandırılmalıdır (Merdiven altı, koridor gibi mekanlar arşiv odası olarak kabul edilmemelidir).
		PL.8.2	Bloklar en az 20 yıl, lamalar en az 10 yıl, raporlar ve kayıtlar en az 30 yıl, elektronik kayıtlar yedekleme ile birlikte süresiz saklanmalıdır.
		PL.8.3	Blokların bulunduğu arşiv odasında sıcaklık takipleri yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır. Sıcaklık 25°C'nin üzerine çıkmamalıdır.
		PL.8.4	Hastaya ait dokular ve sıvılar raporlama tarihinden itibaren enaz 1 ay saklanmalıdır.
85	PATOLOJİ LABORATUVARI	PL.9	Laboratuvar süreçlerinin kontrolüne yönelik düzenleme yapılmış mı?
		PL.9.1	Analiz öncesi (preanalitik), analiz (analitik) ve analiz sonrası (postanalitik) süreçler ile ilgili aylık değerlendirmeler yapılmalı ve kayıtları tutulmalıdır.
		PL.9.2	Analiz öncesi (preanalitik), analiz (analitik) ve analiz sonrası (postanalitik) süreçler ile ilgili değerlendirme sonuçlarına göre gereken önlemler alınmalı ve kayıtları tutulmalıdır.
86	PATOLOJİ LABORATUVARI	PL.10	Laboratuvar hasta sonuç çıktısına yönelik düzenleme yapılmış mı?(Dış laboratuvar hizmet alımlarında da değerlendirilir.)

		PL.10.1	Laboratuvar hasta sonuç çıktısında asgari; - İstemin yapıldığı ve numunenin çalışıldığı hastane yada laboratuvarın adı, - Klinisyen ön tanısı, sonucun yorumu açısından önemli klinik bilgiler - Hasta, istemi yapan hekimin ve raporu yazanın adı soyadı, - Numunenin türü ve alındığı vücut bölgesi, - Varsa kasette yazan numara ve materyalden kaç blok alındığı, - İstemin yapıldığı, numunenin alındığı, laboratuvara kabul edildiği ve sonucun onaylandığı tarih ve saat bilgileri yer almalıdır.
87	PATOLOJİ LABORATUVARI	PL.11	Laboratuvarda panik tanı yönetimi uygun yapılıyor mu?
		PL.11.1	Laboratuvarda panik tanı listesi bulunmalı ve HBYS üzerinde tanımlanmalıdır.
		PL.11.2	Panik tanı tespit edildiğinde sağlık personeli ile iletişime geçilmeli, bildirim yapılarak (hastanın adı soyadı, protokol numarası, hastanın geldiği bölüm, panik tanıya ait sonuç, bildirim yapan ve yapılan kişinin adı soyadı, bildirim tarih ve saati) kayıt altına alınmalıdır.
88	PATOLOJİ LABORATUVARI	PL.12	Laboratuvar güvenliğini sağlamaya yönelik düzenleme yapılmış mı?
		PL.12.1	Laboratuvar güvenlik rehberi oluşturulmalı ve rehber asgari olarak; - Laboratuvara giriş/çıkış kuralları, - Laboratuvar alet ve ekipmanlarının kullanımında uyulması gereken kurallar, - Çalışanların uyması gereken kurallar, - Laboratuvar çalışanları kişisel koruyucu ekipman kullanımı, - Biyolojik tehlike ve kullanılan kimyasal ajanlardan korunma, - Tehlikeli maddelerin yönetimi, - Laboratuvar temizlik, dezenfeksiyon ve sterilizasyon kuralları, - Atık yönetimi ve dekontaminasyon, - Laboratuvar kaza bildirimi, - Yangın ve - Elektrik güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirleri içerecek şekilde hazırlanmalıdır.
		PL.12.2	Rehber uygulamalar ile uyumlu olmalıdır.
		PL.12.3	Laboratuvar kazaları sözlü ve yazılı olarak bildirilmeli, laboratuvar kazalarının yıllık analizi yapılmalıdır.
		PL.12.4	Tıbbi laboratuvar içerisinde bulunan tehlike ve risklere ilişkin olarak, giriş kapısı, çalışma alanı ile gerekli olduğu durumlarda cihaz, donanım veya aygıt üzerine ilgili işaretleme veya etiketleme yapılmalıdır.
		PL.12.5	Tıbbi laboratuvar teknik alanlarına yetkisiz kişilerin girişlerine engel olacak şekilde düzenleme yapılmalıdır.

		PL.12.6	Tıbbi laboratuvar teknik alanlarında el yıkama için lavabo ile göz yıkama işlevi görececek ünite/materyal bulunmalıdır.
		PL.12.7	Tıbbi laboratuvarlarda kimyasal ve/veya potansiyel enfeksiyöz risklerinden korunmak için, personel kişisel koruyucu ekipman kullanmalıdır.
		PL.12.8	İlgili birim sorumlusu tarafından onaylanmış, tıbbi laboratuvarlarda bulunan kimyasal madde listesi hazırlanmalıdır. Kullanılan kimyasalların ürün güvenlik bilgi formları (MaterialSafety Data Sheets; MSDS) olmalı ve depolama bu bilgi formlarında geçen özelliklere uygun olarak yapılmalıdır.
		PL.12.9	Elektrik panoları üzerinde uyarı işaretleri olmalı, acil durumlarda akımı kesmek için ana şalterin yeri tüm çalışanlar tarafından bilinmeli ve kolaylıkla erişilebilir olmalıdır.
		PL.12.10	Tıbbi laboratuvarlarda ilk yardım seti ve mevcut tehlikelere uygun yangın söndürücü ile alev söndürme örtüsü gibi güvenlik donanımı bulundurulmalıdır.
		PL.12.11	Laboratuvar içinde hazırlanan tüm kimyasalların üzerinde; kimyasalın ismi, üretici firma adı, kimyasal tehlike simgesi ve/veya etiketi, oranı, kimyasalın hazırlandığı tarih, kullanılmaya başlandığı tarih ve son kullanma tarihi bulunmalıdır.
89	SERVİS	S.1	Yatışı yapılan her hastaya kimlik tanımlayıcı bileklik kullanılıyor mu?
		S.1.1	Yatışı yapılan her hastaya kimlik tanımlayıcı bileklik kullanılmalıdır.
		S.1.2	Kimlik tanımlayıcı ad soyad, protokol numarası ve doğum tarihi (gün/ay/yıl) içermeli okunaklı ve matbu şekilde düzenlenmiş olmalıdır.
		S.1.3	Tanı ve tedavi için yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanmalıdır.
90	SERVİS	S.2	Serviste ilaç yönetimi uygun olarak yapılıyor mu?
		S.2.1	Benzer görünüşe, okunuşa ve yazılışa sahip ilaçlar ile aynı ilacın farklı dozlarının muhafazası TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Benzer Görünüşe, Okunuşa ve Yazılışa Sahip İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun olarak yapılmalıdır.
		S.2.2	Yüksek riskli ilaçların listesi bulunmalı, diğer ilaçlardan farklı bir alanda muhafaza edilmeli ve bu alan dikkat çekmek amacı ile kırmızı renkle belirginleştirilmelidir. Yüksek riskli ilaçlar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Yüksek Riskli İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun yönetilmelidir.
		S.2.3	Narkotik(Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçlara erişim kısıtlanarak uygun şekilde saklanmalıdır. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Narkotik ve Psikotrop İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun şekilde Narkotik ve Psikotrop İlaçların Hastane İçerisinde Kullanımı, Saklama, İadesi ve İmhası gerçekleştirilmelidir.
		S.2.4	Narkotik(Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçların devir teslim tutanakları kayıt altına alınmalıdır. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Narkotik ve Psikotrop İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun şekilde Narkotik ve Psikotrop İlaçların Hastane İçerisinde Kullanımı, Saklama, İadesi ve İmhası gerçekleştirilmelidir.

		S.2.5	İlaçların kırılması ve kaybolması durumunda yapılacaklar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaçların Kırılması ve Kaybolması Durumunda Yapılacaklar İle İlgili Talimat" doğrultusunda gerçekleştirilmelidir.
		S.2.6	Tüm ilaçların kullanılmayan yarım dozları (kısmi dozları) takip edilmelidir. Yarım kalması durumunda yapılacaklar ile ilgili TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Kısmi Doz İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun hareket edilmelidir.
		S.2.7	Hastalara ilaç uygulamalarında advers etki ile karşılaşılınca bildirim yapılacak farmakovijilans sorumlusu bilinmelidir. Advers etki bildirimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Advers Etki Bildirimi Talimatına" uygun gerçekleştirilmelidir.
		S.2.8	Soğuk zincire tabi ilaçların listesi bulundurulmalı; TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Soğuk zincir ilaçların muhafazası ve transferi "Soğuk Zincir İlaçlarının Yönetim Talimatı" uygun gerçekleştirilmelidir.
		S.2.9	İlaç geçimsizlikleri ile ilgili TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç Geçimsizliği Talimatına" uygun hareket edilmelidir.
		S.2.10	Hastanın hastaneye yatış esnasında beraberinde getirdiği ilaçlar hastadan teslim alınırken listesi çıkarılmalı, hastanın kullanmakta olduğu ilaç HBYS'ye bilgi amaçlı girilmelidir.
		S.2.11	HBYS üzerinden, servislerden istemi yapılan hasta tabelalarındaki ilaçlar; hasta taburcu olduğunda, ex olduğunda, başka kuruma sevk edildiğinde veya lüzum halindekiler kullanılmadığı zaman 24 saat içinde ilgili birim sorumlusu tarafından hasta bazlı olarak ilaç iade formu doldurularak eczaneye iade edilmelidir. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İade Talimatına" uygun hareket edilmelidir.
		S.2.12	Servislerde bulunan ilaç miktarları ile HBYS üzerinde görülen servis ilaç miktarları ve miad kontrolleri uyumlu olmalıdır. Servis sorumlu hemşiresi tarafından rutin olarak miad ve miktar kontrolleri yapılmalı ve eczacıya bilgi verilmelidir. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Miktar ve Miad Kontrol Talimatına" uygun hareket edilmelidir.
		S.2.13	Işıktan korunması gereken ilaçlar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Işıktan Korunması Gereken İlaçlarla İlgili Talimat" doğrultusunda muhafaza edilmelidir.
		S.2.14	Yarı-katı preparatlar (Örn. Pomat, krem), oftalmik preparatlar, şuruplar vb. (insülin kalemi) gibi farmasötik formu olan ilaçlar açıldıktan sonra ilaç üzerinde açılış tarihi, hastanın adı-soyadı, protokol numarası, ilacın adı ve açıldıktan sonra tüketim süresi bilgilerinin yer aldığı bir etiket olmalıdır.
91	SERVİS	S.3	Servislerde tıbbi sarf malzeme yönetimi uygun olarak yapılıyor mu?
		S.3.1	Tıbbi sarf deposundan; Servise verilen tıbbi sarf malzemeler Taşınır Mal Yönetmeliğinde belirtilen miktarda olmalıdır. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme Deposundan Özellikli Birimlere Çıkış Talimatına" uygun hareket edilmelidir.
		S.3.2	Servislerden medikal depoya iade edilen tıbbi sarf malzemeler TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İade Talimatına" uygun yapılmalıdır.

		S.3.3	Hastalara tedavileri sırasında uygulanan tıbbi sarf malzemelerden kaynaklanan beklenmeyen etki ile karşılaşılması durumunda bildirim yapılacak materyovijilans sorumlusu bilinmelidir. Medikal malzemelerden kaynaklanan olumsuz olayların uyarı sistemine bildirimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Olumsuz Olay Bildirim Talimatı" doğrultusunda yapılmalıdır.
92	SERVİS	S.4	Güvenli Cerrahi Kontrol listesinin "Klinikten ayrılmadan önce" bölümü eksiksiz uygulanıyor mu?
		S.4.1	Güvenli Cerrahi Kontrol listesinin "Klinikten ayrılmadan önce" bölümü eksiksiz doldurulmalıdır.
93	SERVİS	S.5	Hastaların düşme riskini azaltacak önlemler alınmış mı?
		S.5.1	Hastalar sağlık tesisinin belirlediği düşme risk değerlendirme ölçeği ile değerlendirilmelidir.Hastanın klinik durumuna göre düşme riski değerlendirmesi belirli aralıklarla tekrar edilmelidir.
		S.5.2	Hastaların düşme risk değerlendirmesi sonucuna göre kendisine ve refakatçisine düşme riski eğitimi verilmelidir.
		S.5.3	Hastane kaynaklı düşme riskini azaltacak önlemler alınmalıdır. -Zemin, merdiven basamakları vb. yerler kaymaya neden olmayacak şekilde düzenlenmeli, ıslak ve kaygan zeminlerde uyarı levhaları konulmalı, -Sedye, tekerlekli yatak ve sandalyelerin, hasta ve çalışanlara çarpmayacak şekilde, frenleri kilitli olmalı, -Hasta yatakları, sedyeler ve diğer hasta taşıma araçlarında düşmelere engel olacak şekilde korkuluk, kemer vb. kullanılmalı, -Hasta odasında kullanılmayan malzemeler bulunmamalı, -Telefon, çağrı zili ve diğer ulaşması gereken malzemeler hastanın uzanmadan alabileceği mesafede olmalı, -Yeterli aydınlatma sağlanmalıdır.
94	SERVİS	S.6	Hasta bakım ihtiyaçları göz önüne alınarak hemşire tarafından değerlendiriliyor mu?
		S.6.1	Hastanın tedavi sürecinde ve ihtiyacına yönelik genel bakımları yapılmalı ve hasta dosyasına kaydedilmelidir.
		S.6.2	Hastanın klinik durumuna göre ağrı değerlendirmesi yapılmalı ve hasta dosyasına kaydedilmelidir.
		S.6.3	Hastanın bası yarası takibi ve bakımı yapılmalı ve hasta dosyasına kaydedilmelidir.
		S.6.4	Hastanın ruhsal durum değerlendirmesi yapılmalı ve hasta dosyasına kaydedilmelidir.
95	SERVİS	S.7	Yatışı yapılan her hastanın (günübirlik yatışı yapılan hastalar ve gebeler hariç) nutrisyon değerlendirilmesi yapılıyor mu? (C, D, E1 rolündeki hastanelerde muaftr.)
		S.7.1	Hastane bünyesinde Nutrisyon Destek Ekibi oluşturulmalıdır.

		S.7.2	Yatışı yapılan her hastanın beslenme durumu değerlendirilmeli, ilgili form doldurulmalı (NRS 2002 formu gibi.) ve HBYS ye tanımlanmalıdır.
		S.7.3	Nutrisyon desteği ihtiyacı tespit edilen hastalara nutrisyon desteği sağlanmalıdır.
96	SERVİS	S.8	Hasta ve hasta yakınlarına hekim tarafından bilgilendirme yapılıyor mu?
		S.8.1	Hasta ve hasta yakınlarına hekim tarafından hastalığı hakkında bilgilendirme yapılmalıdır.
		S.8.2	Hasta ve hasta yakınlarına tedaviyi reddetme veya sonlandırma hakları, kararlarının doğurabileceği sonuçlar ve sorumluluklar hakkında bilgilendirilme yapılmalı ve yapılan bilgilendirmeler kayıt altına alınmalıdır.
97	SERVİS	S.9	Hastanın hekim tarafından yapılan tıbbi değerlendirmeleri, günlük takip ve tedavileri kayıt altına alınıyor mu?
		S.9.1	Servise yatışı yapılan hastalara hekim tarafından 24 saat içinde değerlendirme (anamnez, fizik muayene) yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.
		S.9.2	Hastanın hekim tarafından yapılan tıbbi değerlendirmeleri ve günlük takipleri kayıt altına alınmalıdır.
		S.9.3	Her hastaya günlük olarak, hekimin adı soyadı, tarihi, imzası, ilaç ismi, ilaçların kullanım şekli, veriliş süresi, dozu, hızı, hastanın yatış yapılmadan önce kullandığı ve kullanmaya devam edeceği ilaçlar ve bakım planını içeren order verilmelidir.
98	SERVİS	S.10	Hasta mahremiyetini sağlamak üzere gerekli düzenlemeler yapılmış mı?
		S.10.1	Birden fazla hastanın bulunduğu odalarda hasta mahremiyetini sağlayacak düzenlemeler (perde, paravan vb.) bulunmalıdır.
		S.10.2	Hasta dosyalarına yetkisiz kişilerin erişiminin engellenmesi için gerekli önlemler alınmalıdır.
99	SERVİS	S.11	Acil müdahale seti kullanıma hazır durumda bulunuyor mu?
		S.11.1	Acil müdahale seti kolay ulaşılabilecek konumda olmalıdır.
		S.11.2	Acil müdahale seti içindeki tıbbi cihazların kontrolleri yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.
		S.11.3	Acil müdahale setinde bulunması gereken ilaçların ve sarf malzemelerin kontrol listesi hazırlanmalı, miktar ve miad kontrolleri yapılarak kayıt altına alınmalıdır.

100	SERVİS	S.12	Hareket kısıtlama kararı alınan hastalarda tedavi planında uygulama başlangıç ve sonlandırma zamanı, takip aralıkları belirtilmiş mi? (Gözlem esnasında hareket kısıtlaması uygulanmış hasta görülemediğinde, personelin konu hakkında bilgi sahibi olup olmadığı değerlendirilmelidir.)
		S.12.1	Hareket kısıtlamasında kullanılan ekipman mevcut olmalıdır.
		S.12.2	Hareket kısıtlama kararı alınan hastalarda tedavi planında uygulama, başlangıç ve sonlandırma zamanı ile takip aralıkları belirtilmelidir.
		S.12.3	Kısıtlılığın devamı ile ilgili karar en geç 24 saatte bir tekrar gözden geçirilmelidir.
101	SERVİS	S.13	Eczaneden servise gelen ilaçlar, tedavi odasında her hasta için ayrı olarak muhafaza ediliyor mu?
		S.13.1	Eczaneden hasta bazlı çıkışı yapılan ilaçlar servislerde de hasta bazlı olarak muhafaza edilmelidir.
		S.13.2	İlaçlar kullanımı esnasında hastaya özel, hastanın kimlik tanımlayıcı bilgilerini içeren kapalı kaplarda verilmelidir.
102	SERVİS	S.14	İlaçların uygulanma zamanı, dozu, uygulama şekli ve uygulayan personelin ismi kayıt altına alınıyor mu?
		S.14.1	İlaçların uygulanma zamanı, dozu, uygulama şekli ve uygulayan personelin ismi kayıt altına alınmalıdır.
		S.14.2	İ.V. olarak ilaç/ serum infüzyonu uygulanıyorsa, verilen ilacın adı, dozu, infüzyon başlangıç saati, veriliş süresi, hasta ve mayiyi hazırlayanın adı mayi üzerinde belirtilmelidir. (etiket vb.)
103	SERVİS	S.15	Hasta odaları uygun fiziki düzenlemelere sahip mi?
		S.15.1	Her yatağın başında tıbbi gaz sistemine bağlı hasta başı paneli bulunmalıdır.
		S.15.2	Refakatçilerin dinlenmesi için pozisyon verilebilen koltuk, kanepeler vb. bulunmalıdır.
		S.15.3	Yatak başı bağlantılı hemşire çağrı sistemi bulunmalı ve işlevsel olmalıdır.
		S.15.4	Hastaların kullandığı tüm banyo ve tuvaletlerde (ortak kullanılan banyo ve tuvaletler dahil) hemşire çağrı sistemi bulunmalıdır.
		S.15.5	İki ve daha fazla yatak bulunan odalarda gerektiğinde kullanılmak üzere yatakların uygun şekilde (perde, paravan vb.) ayrılabilmesi için düzenleme yapılmalıdır.
104	SERVİS	S.16	Serviste görev yapan personele ait giyinme ve dinlenme odaları mevcut mu?

		S.16.1	Serviste görev yapan personele ait giyinme ve dinlenme odaları bulunmalıdır.
		S.16.2	Dinlenme odalarında asgari olarak; el yıkama lavabosu, buzdolabı, oturma alanları (sandalye, koltuk, sehpa vb.), televizyon, telefon, kişiye özel eşya dolabı ve mahremiyete uygun giyinme alanları oluşturulmalıdır.
105	SERVİS	S.17	Servise yatan hastalara hemşire tarafından bilgilendirme yapılıyor ve gerekli eğitimler veriliyor mu?
		S.17.1	Hastanın servise kabulünde hasta/hasta yakını aşağıdaki konularda bilgilendirilmelidir: - Hastaya; odası, yatak başı hemşire çağrı sistemi ve yatak kullanımı, - Kahvaltı ve yemek saatleri, - Hasta ve yakınının uyması gereken kuralları, - Ziyaret saatleri ve kuralları, - Telefon kullanımı, - Tuvalet-banyo kullanımı, - Tuvalet-banyo hemşire çağrı sistemi kullanımı - Hekimin vizit saatleri
		S.17.2	Yatan hastalara tedavi sürecinde aşağıdaki konularda eğitim verilmelidir: - Kullanacağı ilaçlar, - Düşme riski, - Tıbbi cihazların kullanımı, - Çocuk servisinde anne sütü, - Beslenme, egzersizler, - El hijyeni - Sigara kullanan hastalara sigarayı bırakma tavsiye eğitimi vb.
		S.17.3	Hasta ve yakınlarına genel sağlık ve taburculuk sonrası bakım hakkında bilgi verilmelidir: - İlaç uygulamaları; ilaçların isimleri, kullanım saatleri ve sıklığı, özellikli kullanımlarına yönelik açıklamalar (yemekten önce, sonra vb.), olası yan etkileri, - Diyet ve beslenme biçimi, - Egzersiz ve aktiviteler, - Muhtemel komplikasyonlar ve özel uyarılar, - Kişisel bakım ve temizlik, yara bakımı (pansumanı), - Kontrol tarihi, yeri, acil durumlarda başvurabileceği telefon vb.
		S.17.4	Hasta dosyasında eğitimlerin kayıtları olmalıdır.
106	SERVİS	S.18	Hastalardan alınan numuneler uygun şekilde laboratuvara ulaştırılıyor mu?
		S.18.1	Hastalardan alınan numuneler en geç 30 dk. içinde laboratuvara ulaştırılmalıdır.
		S.18.2	Hastalardan alınan numuneler, numunenin cinsine uygun ekipmanla, numune taşıma personeli veya pnömatik sistem aracılığıyla laboratuvara ulaştırılmalıdır.

		S.18.3	Numune (patoloji, biyokimya, mikrobiyoloji vb) teslimi hastalar/yakınları tarafından yapılmamalıdır.
107	SERVİS	S.19	Bilgilendirilmiş onam formları her girişimsel işlem için ayrı olarak düzenlenmiş mi?
		S.19.1	Girişimsel işlemlerde, bilgilendirmeyi yapan ve işlemi gerçekleştirecek sağlık meslek mensubu tarafından onam formunda yer alan bilgiler hastaya veya kanuni temsilcisine aktarılmalıdır. Onam formu asgari olarak aşağıdaki bilgileri içermelidir: a) Hastalığın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği, b) Tıbbi müdahalenin kim tarafından nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı ile tahmini süresi, c) Diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın sağlığı üzerindeki muhtemel etkileri, ç) Muhtemel komplikasyonları, d) Reddetme durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskleri, e) Kullanılacak ilaçların önemli özellikleri, f) Sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri, g) Gerektiğinde aynı konuda tıbbî yardıma nasıl ulaşabileceği, h) Hastanın veya kanuni temsilcisinin adı, soyadı, kendi el yazısı ile yazılmış "okudum anladım" ifadesi ve imzası, ı) Bilgilendirmeyi yapan ve girişimsel işlemi gerçekleştirenin adı, soyadı, ünvanı ve imzası, i) Onamın alındığı tarih ve saat.
		S.19.2	Onam formu iki nüsha olarak imza altına alınmalı ve bir nüshası hasta dosyasına konulmalı, diğeri ise hastaya veya kanuni temsilcisine verilmelidir. Sağlık tesisinde kalan nüshasında, bir nüshanın hasta veya yakınına verildiğine dair imza olmalıdır.
108	SERVİS	S.20	Epikriz eksiksiz dolduruluyor mu?
		S.20.1	Epikriz her hastaya eksiksiz doldurulmalı ve bir nüshası hastaya verilmelidir. Epikrizde; a) Yatış sebebi, tanılar ve eşlik eden hastalıklar, b) Önemli fiziksel ve diğer bulgular, c) Uygulanan diagnostik ve iyileştirici işlemler, d) Taburcu sonrası kullanacağı ilaçlar, e) Taburcu edilme esnasındaki sağlık durumu, f) Hastanın taburculuğu sonrası bakımına yönelik bilgilendirme /planlama, g) Sağlık tesisinin iletişim bilgileri bulunmalıdır
		S.20.2	Tabucu olan hastanın dosyasında, epikrizin hastaya verildiğine dair hasta veya yakınının imzası bulunmalıdır.
109	Y.BAKIM	YB.1	Yoğun Bakım seviyesine uygun olarak ruhsatlandırılmış mı?
		YB.1.1	Seviyelendirme ile ilgili belge sağlık tesisinde bulunmalıdır.

110	Y.BAKIM	YB.2	Yoğun bakımla ilgili fiziki düzenlemeler yapılmış mı?
		YB.2.1	Görevli personel dışında ilgisi olmayan kişilerin servise girmesi, kontrollü geçiş özelliği olan kapılar konarak engellenmelidir.
		YB.2.2	II. ve III. seviye yoğun bakım servislerinin girişinde ayrı bir ön geçiş alanı bulunmalıdır.
		YB.2.3	Servis içindeki tezgâh, dolap ve dolap kapakları, az ek yeri olan, kolay temizlenebilir, dış yüzeyleri yalıtılmış, nem geçirmez, hareketli cihaz ve eşyaların çarpmasına dayanıklı malzemeden yapılmalıdır.
		YB.2.4	Zemin yüzeylerinde kolay kırılmaz, yüzeyi mat ve kaymayı önleyen, sık temizlemeye uygun ve mikroorganizma üremesini en aza indireyebilen, kimyasallara gerek duyulmadan ve kolayca temizlenebilir, antistatik özellikte malzeme kullanılmalıdır.
		YB.2.5	Duvar ve tavan yüzeylerinde kolay temizlenebilir, aşağıya parçacık dökülmeyecek nitelikte malzeme veya boya kullanılmalı ve duvar yüzeyleri hareketli cihaz ve eşyaların çarpma noktalarında korumalı olacak şekilde yapılandırılmış olmalıdır.
		YB.2.6	Hastaların sürekli gözetim ve izlenmesine uygun düzenleme yapılmalıdır.
		YB.2.7	Yatak sayısı 10'dan fazla olan yoğun bakım servisleri, 6 ila 10 yataktan oluşan birden fazla birime ayrılmalıdır.
		YB.2.8	Atıkların uzaklaştırılacağı, kirli malzeme ve cihazların geçici muhafazası, gerekirse temizlenebilmesi için içerisinde bir tezgah, lavabo, musluk, sabun, kağıt havlu ve ayakla kontrol edilebilen çöp kovası ile atık giderinin bulunduğu bir malzeme odası bulunmalıdır.
		YB.2.9	Malzeme odasının çıkışı, kirli malzemeler servis içerisinden geçirilmeyecek şekilde olmalıdır, bunun mümkün olmadığı durumlarda uygun taşıma koşulları sağlanarak düzenlenmelidir.
		YB.2.10	Hasta alanları dışında, hasta bakımı için sık kullanılan malzemeler ile lüzumlu ilaç ve serumların muhafaza edileceği, direk ışıktan korunacak şekilde düzenlenmiş uygun bir depo alanı ayrılmalıdır.
		YB.2.11	Yoğun bakım içinde ilaç ve tıbbi malzeme hazırlama alanı bulunmalıdır.
111	Y.BAKIM	YB.3	Yoğun Bakımda hijyeni sağlamaya yönelik düzenlemeler yapılmış mı?
		YB.3.1	Yoğun bakım girişinde alkol bazlı el antiseptiği veya suyun çevreye sıçramasını ve göllenmesini önleyecek genişlik ve derinlikte bir adet lavabo, dirsek veya ayakla kontrol edilen veya otomatik açılır kapanır musluk, sabun, kâğıt havlu bulunmalıdır.
		YB.3.2	Hasta alanında dört yatağa bir adet olacak şekilde suyun çevreye sıçramasını ve göllenmesini önleyecek genişlik ve derinlikte lavabo, dirsek veya ayakla kontrol edilen veya otomatik açılır kapanır musluk, sabun, ayakla kontrol edilebilen çöp kovası ve kâğıt havlu bulunmalıdır.
		YB.3.3	Sağlık çalışanlarının kolayca ulaşabileceği el antiseptiği ve yeterli miktarda kişisel koruyucu ekipman bulundurulmalıdır.
112	Y.BAKIM	YB.4	Hasta yakınlarının bilgilendirilmesi ve hasta ziyareti ile ilgili düzenlemeler yapılmış mı?

		YB.4.1	Yoğun bakımda yatan hastaların yakınlarını bilgilendirme ve görüşme için uygun alan ayrılmalıdır.
		YB.4.2	Hastanın ihtiyacı ile ilgili bilgilendirmeler yoğun bakım hemşiresi tarafından, tıbbi durumu ile ilgili bilgilendirmeler hekim tarafından mahremiyete uygun olarak yapılmalıdır.
		YB.4.3	Hasta ziyaret zamanları belirlenmeli ve hasta yakınlarının görebileceği şekilde ilan edilmelidir.
		YB.4.4	Sağlık personelinin talebi halinde, bilgilendirme güvenlik görevlisi refakatinde yapılmalıdır.
113	Y.BAKIM	YB.5	Yoğun bakımda görev yapan sağlık personeli sayısı, yoğun bakım seviyesi ile uyumlu mu?
		YB.5.1	Erişkin Yoğun Bakımda serviste yatan hasta (dolu yatak) sayısına göre; 1.Seviye için her 5 yatak için bir hemşire/sağlık memuru 2.Seviye için her 3 yatak için bir hemşire/sağlık memuru 3.Seviye için her 2 yatak için bir hemşire/sağlık memuru Çocuk Yoğun Bakımda serviste yatan hasta (dolu yatak) sayısına göre;; 2.Seviye: her 3 yatak için en az bir hemşire /sağlık memuru 3.Seviye: her 2 yatak için en az bir hemşire /sağlık memuru Yeni doğan Yoğun Bakımda serviste yatan hasta (dolu yatak) sayısına göre;; 1.Seviye: her 5 yatak için en az bir hemşire/ebe /sağlık memuru 2.Seviye: her 4 yatak için en az bir hemşire/ebe /sağlık memuru 3A Seviye: her 3 yatak için en az bir hemşire/ebe /sağlık memuru 3B Seviye: her 2 yatak için en az bir hemşire/ebe /sağlık memuru görev yapmalıdır.
114	Y.BAKIM	YB.6	3.seviye erişkin yoğun bakım servislerinde diyaliz ile ilgili düzenleme yapılmış mı?
		YB.6.1	Erişkin 3.seviye yoğun bakım servisi içinde sürekli veya aralıklı hemodiyaliz veya hemofiltrasyon yapılabilmelidir.
115	Y.BAKIM	YB.7	Üçüncü seviye yeni doğan yoğun bakım servislerinde enfeksiyon kontrolü ile ilgili olarak TPN servisi kurulmuş mu, ya da bu servislerin bulunduğu diğer hastanelerden hizmet alımı yapılmış mı?
		YB.7.1	Yeni doğan yoğun bakım servislerinde TPN servisi bulunmalıdır veya bu servislerin bulunduğu diğer hastanelerden hizmet alımı yapılmalıdır.
116	Y.BAKIM	YB.8	Yoğun bakım servislerinde seviyesine uygun izolasyon odası bulunuyor mu?
		YB.8.1	İkinci seviye yenidoğan yoğun bakım servisleri ile tüm üçüncü seviye yoğun bakım servislerinde en az bir tane temas izolasyon odası bulunmalıdır. (Yatak sayısı altıdan fazla olan üçüncü seviye erişkin ve çocuk yoğun bakım servislerinde her altı yatak için en az bir temas izolasyon odası oluşturulmalıdır.)

		YB.8.2	Temas izolasyon odalarının giriş kapıları ortak yoğun bakım alanına açılmamalı (ortak koridora açılabilir), oda giriş kapısının hemen dışında musluk ve lavabo bulunmalıdır.
117	Y.BAKIM	YB.9	Yatışı yapılan her hastaya kimlik tanımlayıcı bileklik kullanılıyor mu?
		YB.9.1	Yatışı yapılan her hastaya kimlik tanımlayıcı bileklik kullanılmalıdır.
		YB.9.2	Kimlik tanımlayıcı ad soyad, protokol numarası ve doğum tarihi (gün/ay/yıl) içermeli okunaklı ve matbu şekilde düzenlenmelidir.
		YB.9.3	Tanı ve tedavi için yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanmalıdır.
118	Y.BAKIM	YB.10	3. basamak yoğun bakıma yatışı yapılan hastalara hastalık şiddeti skorlaması yapılıyor mu?
		YB.10.1	Yoğun bakıma yatışı yapılan hastalara hastalık şiddeti skorlaması yapılmalıdır.
		YB.10.2	Beklenen ve gerçekleşen mortalite oranları izlenmelidir.
		YB.10.3	Analiz sonuçları yönetim tarafından değerlendirilmelidir.
119	Y.BAKIM	YB.11	Hastanın beslenme durumu, bası yarası takibi, ağrı, ruhsal durumu ve destek ihtiyaçlarını içeren değerlendirmeler yapılıyor mu?
		YB.11.1	Hastanın beslenme durumu (enteral ve parenteral beslenme) günlük değerlendirilmeli ve kaydedilmelidir.
		YB.11.2	Hastanın kişisel bakım ihtiyaçları (el-yüz temizliği, ağız bakımı, ayak/tırnak bakımı, saç-sakal bakımı gibi) yapılmalı ve hasta dosyasına kayıt edilmelidir.
		YB.11.3	Hastanın ruhsal durumu günlük değerlendirilmeli ve hasta dosyasına kayıt edilmelidir.
		YB.11.4	Hastanın bası yarası takibi ve bakımı günlük değerlendirilmeli ve hasta dosyasına kayıt edilmelidir.
		YB.11.5	Hastanın ağrı durumu günlük değerlendirilmeli ve hasta dosyasına kayıt edilmelidir.
		YB.11.6	Hastanın tedavi süreci boyunca genel durumundaki değişiklikler değerlendirilmeli ve hasta dosyasına kaydedilmelidir.
120	Y.BAKIM	YB.12	Yatışı yapılan her hastanın Nutrisyon değerlendirilmesi yapılıyor mu? (1. Basamak Koroner Yoğun Bakım Üniteleri muaftır.)

		YB.12.1	Yatışı yapılan her hastanın beslenme durumu değerlendirilmeli, ilgili form doldurulmalı (NRS 2002 formu gibi.) ve HBYS ye tanımlanmalıdır.
		YB.12.2	Nutrisyon desteği ihtiyacı tespit edilen hastalara nutrisyon desteği sağlanmalıdır.
121	Y.BAKIM	YB.13	Hastanın hekim tarafından yapılan tıbbi değerlendirmeleri, günlük takip ve tedavileri kayıt altına alınıyor mu?
		YB.13.1	Yoğun bakıma yatışı yapılan hastalara hekim tarafından en geç 24 saat içinde değerlendirme yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.
		YB.13.2	Hastanın hekim tarafından yapılan tıbbi değerlendirmeleri ve günlük takipleri kayıt altına alınmalıdır.
		YB.13.3	Her hastaya günlük olarak, hekimin adı soyadı, tarihi, imzası, ilaç ismi, ilaçların kullanım şekli, veriliş süresi, dozu, hızı, hastanın yatış yapılmadan önce kullandığı ve kullanmaya devam edeceği ilaçlar ve bakım planı içeren order verilmelidir.
122	Y.BAKIM	YB.14	Hasta mahremiyetini sağlamak üzere gerekli düzenlemeler yapılmış mı?
		YB.14.1	Yoğun bakım yatakları arasında gerektiğinde kullanılmak üzere enfeksiyon kontrol ilkelerine uygun biçimde bir ayırma düzeneği olmalıdır.
		YB.14.2	Erişkin yoğun bakımlarda çocuk hastaların bakım ve tedavisi yapılıyorsa, erişkin hastalardan ayrı tutulacak şekilde gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.
123	Y.BAKIM	YB.15	Acil müdahale seti kullanıma hazır durumda bulunuyor mu?
		YB.15.1	Acil müdahale setinde bulunan cihazlar (laringoskop, defibrilatör, aspiratör vb.) kullanıma hazır olmalı ve günlük kontrolleri yapılarak kayıt altına alınmalıdır.
		YB.15.2	Acil müdahale setinde bulunması gereken ilaç ve sarf malzemelerin (entübasyon tüpü, NG sonda vb.) kontrol listesi hazırlanmalı, miktar ve miad kontrolleri yapılarak kayıt altına alınmalıdır.
124	Y.BAKIM	YB.16	Yoğun Bakımda ilaç yönetimi uygun olarak yapılıyor mu?
		YB.16.1	Benzer görünüşe, okunuşa ve yazılışa sahip ilaçlar ile aynı ilacın farklı dozlarının muhafazası TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Benzer Görünüşe, Okunuşa ve Yazılışa Sahip İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun olarak yapılmalıdır.
		YB.16.2	Yüksek riskli ilaçların listesi bulunmalı, diğer ilaçlardan farklı bir alanda muhafaza edilmeli ve bu alan dikkat çekmek amacı ile kırmızı renkle belirginleştirilmelidir. Yüksek riskli ilaçlar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Yüksek Riskli İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun yönetilmelidir.
		YB.16.3	Narkotik(Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçlara erişim kısıtlanarak uygun şekilde saklanmalıdır. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Narkotik ve Psikotrop İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun şekilde Narkotik ve Psikotrop İlaçların Hastane İçerisinde Kullanımı, Saklama, İadesi ve İmhası gerçekleştirilmelidir.

		YB.16.4	Narkotik(Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçların devir teslim tutanakları kayıt altına alınmalıdır. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Narkotik ve Psikotrop İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun şekilde Narkotik ve Psikotrop İlaçların Hastane İçerisinde Kullanımı, Saklama, İadesi ve İmhası gerçekleştirilmelidir.
		YB.16.5	İlaçların kırılması ve kaybolması durumunda yapılacaklar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaçların Kırılması ve Kaybolması Durumunda Yapılacaklar İle İlgili Talimat" doğrultusunda gerçekleştirilmelidir.
		YB.16.6	Tüm ilaçların kullanılmayan yarım dozları (kısmi dozları) takip edilmelidir. Yarım kalması durumunda yapılacaklar ile ilgili TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Kısmi Doz İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun hareket edilmelidir.
		YB.16.7	Hastalara ilaç uygulamalarında advers etki ile karşılaşılınca bildirim yapılacak farmakovijilans sorumlusu bilinmelidir. Advers etki bildirimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Advers Etki Bildirimi Talimatı"na uygun gerçekleştirilmelidir.
		YB.16.8	Soğuk zincire tabi ilaçların listesi bulundurulmalı; Soğuk zincir ilaçların muhafazası ve transferi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Soğuk Zincir İlaçlarının Yönetim Talimatı" uygun gerçekleştirilmelidir.
		YB.16.9	İlaç geçimsizlikleri ile ilgili TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç Geçimsizliği Talimatına" uygun hareket edilmelidir.
		YB.16.10	HBYS üzerinden, yoğun bakımda istemi yapılan hasta tabelalarındaki ilaçlar; hasta taburcu olduğunda, ex olduğunda, başka kuruma sevk edildiğinde veya lüzum halindekiler kullanılmadığı zaman 24 saat içinde ilgili birim sorumlusu tarafından hasta bazlı olarak ,ilaç iade formu doldurularak eczaneye iade edilmelidir. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İade Talimatına" uygun hareket edilmelidir. czaneye iade edilmelidir.
		YB.16.11	İlaç deposundan; yoğun bakıma verilen ilaç ve farmakolojik ürünler Taşınır Mal Yönetmeliğinde belirtilen miktarda olmalıdır. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme Deposundan Özellikli Birimlere Çıkış Talimatına" uygun hareket edilmelidir.
		YB.16.12	İlaçların; yoğun bakımda bulunan ve HBYS üzerinde görülen miad ve miktarları uyumlu olmalıdır. Yoğun bakım sorumlu hemşiresi tarafından rutin olarak miad ve miktar kontrolleri yapılmalı ve eczacıya bilgi verilmelidir. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Miktar ve Miad Kontrol Talimatına" uygun hareket edilmelidir.
		YB.16.13	İşıktan korunması gereken ilaçlar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İşıktan Korunması Gereken İlaçlarla İlgili Talimat" doğrultusunda muhafaza edilmelidir.
		YB.16.14	Yarı-katı preparatlar (Örn. Pomat, krem), oftalmik preparatlar, şuruplar vb. (insülin kalemi) gibi farmasötik formu olan ilaçlar açıldıktan sonra ilaç üzerinde açılış tarihi, hastanın adı-soyadı, protokol numarası, ilacın adı ve açıldıktan sonra tüketim süresi bilgilerinin yer aldığı bir etiket olmalıdır.
125	Y.BAKIM	YB.17	Yoğun Bakımlarda tıbbi sarf malzeme yönetimi uygun olarak yapılıyor mu?
		YB.17.1	Tıbbi sarf deposundan; Yoğun bakıma verilen tıbbi sarf malzemeler Taşınır Mal Yönetmeliğinde belirtilen miktarda olmalıdır. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme Deposundan Özellikli Birimlere Çıkış Talimatına" uygun hareket edilmelidir.

		YB.17.2	Yoğun bakımdan medikal depoya iade edilen tıbbi sarf malzemeler TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İade Talimatına" uygun yapılmalıdır.
		YB.17.3	Hastalara tedavileri sırasında uygulanan tıbbi sarf malzemelerden kaynaklanan beklenmeyen etki ile karşılaşılması durumunda bildirim yapılacak materyovijilans sorumlusu bilinmelidir. Medikal malzemelerden kaynaklanan olumsuz olayların uyarı sistemine bildirimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Olumsuz Olay Bildirim Talimatı" doğrultusunda yapılmalıdır.
126	Y.BAKIM	YB.18	İlaçların uygulanma zamanı, dozu, uygulama şekli ve uygulayan personelin ismi kayıt altına alınıyor mu?
		YB.18.1	İlaçların uygulanma zamanı, dozu, uygulama şekli ve uygulayan personelin ismi kayıt altına alınmış olmalıdır.
		YB.18.2	İnfüzör veya perfüzör ile İ.V. olarak ilaç /serum infüzyonu uygulanıyorsa, verilen ilacın adı, dozu, infüzyon başlangıç saati, veriliş süresi, hasta ve mayiyi hazırlayanın adı mayi üzerinde belirtilmelidir. (etiket vb.)
127	Y.BAKIM	YB.19	Hareket kısıtlama kararı alınan hastalarda tedavi planında uygulama başlangıç ve sonlandırma zamanı, takip aralıkları belirtilmiş mi? (Gözlem esnasında hareket kısıtlaması uygulanmış hasta görülemediğinde, personelin konu hakkında bilgi sahibi olup olmadığı değerlendirilmelidir.)
		YB.19.1	Hareket kısıtlamasında kullanılan ekipman mevcut olmalıdır.
		YB.19.2	Hareket kısıtlama kararı alınan hastalarda tedavi planında uygulama başlangıç ve sonlandırma zamanı, takip aralıkları belirtilmelidir.
		YB.19.3	Kısıtlılığın devamı ile ilgili karar en geç 24 saatte bir tekrar gözden geçirilmelidir.
128	Y.BAKIM	YB.20	Bilgilendirilmiş onam formları her girişimsel işlem için ayrı olarak düzenlenmiş mi?
		YB.20.1	Girişimsel işlemlerde, bilgilendirmeyi yapan ve işlemi gerçekleştirecek sağlık meslek mensubu tarafından onam formunda yer alan bilgiler hastaya veya kanuni temsilcisine aktarılmalıdır. Onam formu asgari olarak aşağıdaki bilgileri içermelidir: a) Hastalığın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği, b) Tıbbi müdahalenin kim tarafından nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı ile tahmini süresi, c) Diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın sağlığı üzerindeki muhtemel etkileri, ç) Muhtemel komplikasyonları, d) Reddetme durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskleri, e) Kullanılacak ilaçların önemli özellikleri, f) Sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri, g) Gerektiğinde aynı konuda tıbbî yardıma nasıl ulaşabileceği, h) Hastanın veya kanuni temsilcisinin adı, soyadı, kendi el yazısı ile yazılmış "okudum anladım" ifadesi ve imzası, ı) Bilgilendirmeyi yapan ve girişimsel işlemi gerçekleştirenin adı, soyadı, ünvanı ve imzası, i) Onamın alındığı tarih ve saat.

		YB.20.2	Onam formu iki nüsha olarak imza altına alınmalı ve bir nüshası hasta dosyasına konulmalı, diğeri ise hastaya veya kanuni temsilcisine verilmelidir. Sağlık tesisinde kalan nüshasında, bir nüshanın hasta veya yakınına verildiğine dair imza olmalıdır.
129	Y.BAKIM	YB.21	Bünyesinde yeni doğan yoğun bakım servisi bulunan hastanelerde uygun şartlarda anne oteli oluşturulmuş mu?
		YB.21.1	Yeni doğan yoğun bakım servisi bulunan hastanelerde annelerin dinlenmesi için uygun şartlarda anne oteli oluşturulmalıdır.
130	Y.BAKIM	YB.22	Hastalardan alınan numuneler uygun şekilde laboratuvara ulaştırılıyor mu?
		YB.22.1	Hastalardan alınan numuneler en geç 30 dk. içinde laboratuvara ulaştırılmalıdır.
		YB.22.2	Hastalardan alınan numuneler, numunenin cinsine uygun ekipmanla, numune taşıma personeli veya pnömatik sistem aracılığıyla laboratuvara ulaştırılmalıdır.
131	DOĞUMHANE	D.1	Doğumhaneye alınan her hastaya kimlik tanımlayıcı bileklik kullanılıyor mu?
		D.1.1	Doğumhaneye alınan her hastaya kimlik tanımlayıcı bileklik kullanılmalıdır.
		D.1.2	Kimlik tanımlayıcı ad/soyad, protokol numarası ve doğum tarihini (gün/ay/yıl) içermeli okunaklı ve matbu şekilde düzenlenmiş olmalıdır.
		D.1.3	Kız bebeklere pembe, erkek bebeklere mavi kimlik tanımlayıcı kullanılmalıdır.
		D.1 .4	Aynı seri numaralı anne-bebek kimlik tanımlayıcısı kullanılmalıdır.
		D.1.5	Annedeki beyaz kimlik tanımlayıcı bebeğin cinsiyetine göre belirlenen kimlik tanımlayıcı ile değiştirilmelidir.
		D.1.6	Bebeğin kimlik tanımlayıcısında; annenin adı-soyadı, bebeğin doğum tarihi (gün/ay/yıl) bilgileri ve anne veya bebeğin protokol numarası bulunmalıdır.
		D.1.7	Tanı ve tedavi için yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanmalıdır.
		D.1.8	Doğumhaneden bebeğin servis hemşiresine teslimi, doğum ebesi refakatinde kimlik doğrulama yapılarak "bebek teslim formu" ile kayıt altına alınmalıdır.
132	DOĞUMHANE	D.2	Doğumhanede gerekli düzenlemeler yapılmış mı?
		D.2.1	Travay odalarında gebelerin mahremiyetini sağlamaya yönelik düzenleme olmalıdır.
		D.2.2	Travay ünitesinde kolay ulaşılabilen lavabo, tuvalet ve banyo bulunmalıdır.
		D.2.3	Travay odalarında NST takip sistemi bulunmalıdır.

		D.2.4	Travay odalarının mümkünse tek kişilik olması için gerekli düzenlemeler yapılmalı, olmadığı durumlarda yataklar arasında paravan/perde bulundurulmalıdır.
		D.2.5	Doğum odalarında yatak başı tıbbi gaz sistemleri ve monitör olmalıdır.
		D.2.6	Doğumhanede NST odası/alan bulunmalıdır.
		D.2.7	Doğumhanede doğum odası/odaları görünmeyecek şekilde antre düzenlemesi yapılmalı ve doğum odaları ilgisi olmayan kişilerin içerisinden geçmesini engelleyecek şekilde tasarlanmış olmalıdır.
		D.2.8	Doğum odaları mümkünse tek kişilik olması için gerekli düzenlemeler yapılmalı, olmadığı durumlarda doğum masaları arasında paravan/perde bulundurulmalıdır.
		D.2.9	Doğum odasında doğum masasının yönü kapı girişinden görülebilecek şekilde olmamalıdır.
		D.2.10	Doğumhaneye erişim görevli personel dışındaki ilgisi olmayan kişiler için kısıtlanmalıdır.
		D.2.11	Hastaların kullandığı tüm banyo ve tuvaletlerde (ortak kullanılan banyo ve tuvaletler dahil) hemşire çağrı sistemi bulunmalı ve işlevsel olmalıdır.
133	DOĞUMHANE	D.3	Doğum süreci partograf ile izleniyor mu?
		D.3.1	Her doğum eylemi partograf ile izlenmelidir. Doğum eylemi gerçekleşinceye kadar takip bilgileri kayıt edilmelidir.
134	DOĞUMHANE	D.4	Doğumhanede doğum süreci için gerekli ekipman bulunuyor mu?
		D.4.1	Doğumhanede oftalmoskop, forseps, vakum, intrauterin balon, transport kuvözü, bebek ısıtıcısı, bebek aspiratörü, laringoskop, balon-valf maske sistemi gibi gerekli ekipmanlar bulunmalıdır.
		D.4.2	Ekipmanların teknik kontrolü yapılmalı ve çalışır durumda olmalıdır.
135	DOĞUMHANE	D.5	Doğum sonrası tıbbi değerlendirmeler, takip ve tedaviler kayıt altına alınıyor mu?
		D.5.1	Doğum sonrası bebeğin ve annenin değerlendirmesi yapılmalıdır. (Doğum sonrası anne, bebek bakım ve izlemi bakanlıkça yayımlanan "Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberine" ve "Bebek ve Çocuk İzlem Protokollerine" göre yapılmalıdır.)
		D.5.2	Yenidoğan bebeğin K vit enjeksiyonu, göz bakımı, emzirme, göbek bakımı vb. yapılmalıdır.
		D.5.3	Yenidoğan bebeklere Hepatit B 1.doz aşısı yapılmalı ve aşı kartı düzenlenmelidir.
		D.5.4	Yapılan değerlendirme ve izlem sonuçları hasta dosyasına kaydedilmelidir.
		D.5.5	Bebeğe ve anneye verilen order; hekimin adı soyadı, tarihi, imzası, ilaç ismi, ilaçların kullanım şekli, veriliş süresi, dozu, hızı, hastanın yatış yapılmadan önce kullandığı ve kullanmaya devam edeceği ilaçlar gibi bilgileri içermelidir.
136	DOĞUMHANE	D.6	Doğumhanede ilaç yönetimi uygun olarak yapılıyor mu?

		D.6.1	Benzer görünüşe, okunuşa ve yazılışa sahip ilaçlar ile aynı ilacın farklı dozlarının muhafazası TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Benzer Görünüşe, Okunuşa ve Yazılışa Sahip İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun olarak yapılmalıdır.
		D.6.2	Yüksek riskli ilaçların listesi bulunmalı, diğer ilaçlardan farklı bir alanda muhafaza edilmeli ve bu alan dikkat çekmek amacı ile kırmızı renkle belirginleştirilmelidir. Yüksek riskli ilaçlar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Yüksek Riskli İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun yönetilmelidir.
		D.6.3	Narkotik(Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçlara erişim kısıtlanarak uygun şekilde saklanmalıdır. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Narkotik ve Psikotrop İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun şekilde Narkotik ve Psikotrop İlaçların Hastane İçerisinde Kullanımı, Saklama, İadesi ve İmhası gerçekleştirilmelidir.
		D.6.4	Narkotik(Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçların devir teslim tutanakları kayıt altına alınmalıdır. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Narkotik ve Psikotrop İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun şekilde Narkotik ve Psikotrop İlaçların Hastane İçerisinde Kullanımı, Saklama, İadesi ve İmhası gerçekleştirilmelidir.
		D.6.5	İlaçların kırılması ve kaybolması durumunda yapılacaklar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaçların Kırılması ve Kaybolması Durumunda Yapılacaklar İle İlgili Talimat" doğrultusunda gerçekleştirilmelidir.
		D.6.6	Tüm ilaçların kullanılmayan yarım dozları (kısmı dozları) takip edilmelidir. Yarım kalması durumunda yapılacaklar ile ilgili TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Kısmi Doz İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun hareket edilmelidir.
		D.6.7	Hastalara ilaç uygulamalarında advers etki ile karşılaşılınca bildirim yapılacak farmakovijilans sorumlusu bilinmelidir. Advers etki bildirimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Advers Etki Bildirimi Talimatına" uygun gerçekleştirilmelidir.
		D.6.8	Soğuk zincire tabi ilaçların listesi bulundurulmalı; TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Soğuk zincir ilaçların muhafazası ve transferi "Soğuk Zincir İlaçlarının Yönetim Talimatı" uygun gerçekleştirilmelidir.
		D.6.9	İlaç geçimsizlikleri ile ilgili TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç Geçimsizliği Talimatına" uygun hareket edilmelidir.
		D.6.10	Hastanın hastaneye yatış esnasında beraberinde getirdiği ilaçlar hastadan teslim alınırken listesi çıkarılmalı, hastanın kullanmakta olduğu ilaç HBYS'ye bilgi amaçlı girilmelidir.
		D.6.11	HBYS üzerinden, doğumhaneden istemi yapılan hasta tabelalarındaki ilaçlar; hasta taburcu olduğunda, ex olduğunda, başka kuruma sevk edildiğinde veya lüzum halindekiler kullanılmadığı zaman 24 saat içinde ilgili birim sorumlusu tarafından hasta bazlı olarak ilaç iade formu doldurularak eczaneye iade edilmelidir. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İade Talimatına" uygun hareket edilmelidir.
		D.6.12	Doğumhanede bulunan ilaç miktarları ile HBYS üzerinde görülen doğumhane ilaç miktarları ve miad kontrolleri uyumlu olmalıdır. Doğumhane sorumlu ebesi tarafından rutin olarak miad ve miktar kontrolleri yapılmalı ve eczacıya bilgi verilmelidir. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Miktar ve Miad Kontrol Talimatına" uygun hareket edilmelidir.
		D.6.13	Işıktan korunması gereken ilaçlar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Işıktan Korunması Gereken İlaçlarla İlgili Talimat" doğrultusunda muhafaza edilmelidir.

		D.6.14	Yarı-katı preparatlar (Örn. Pomat, krem), oftalmik preparatlar, şuruplar vb. (insülin kalem) gibi farmasötik formu olan ilaçlar açıldıktan sonra ilaç üzerinde açılış tarihi, hastanın adı-soyadı, protokol numarası, ilacın adı ve açıldıktan sonra tüketim süresi bilgilerinin yer aldığı bir etiket olmalıdır.
137	DOĞUMHANE	D.7	Doğumhanede tıbbi sarf malzeme yönetimi uygun olarak yapılıyor mu?
		D.7.1	Tıbbi sarf deposundan; Doğumhaneye verilen tıbbi sarf malzemeler Taşınır Mal Yönetmeliğinde belirtilen miktarda olmalıdır. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme Deposundan Özellikli Birimlere Çıkış Talimatına" uygun hareket edilmelidir.
		D.7.2	Doğumhaneden medikal depoya iade edilen tıbbi sarf malzemeler TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İade Talimatına" uygun yapılmalıdır.
		D.7.3	Hastalara tedavileri sırasında uygulanan tıbbi sarf malzemelerden kaynaklanan beklenmeyen etki ile karşılaşılması durumunda bildirim yapılacak materyovijilans sorumlusu bilinmelidir. Medikal malzemelerden kaynaklanan olumsuz olayların uyarı sistemine bildirim TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Olumsuz Olay Bildirim Talimatı" doğrultusunda yapılmalıdır.
138	DOĞUMHANE	D.8	İlaçların uygulanma zamanı, dozu, uygulama şekli ve uygulayan personelin ismi kayıt altına alınıyor mu?
		D.8.1	İlaçların uygulanma zamanı, dozu, uygulama şekli ve uygulayan personelin ismi kayıt altına alınmalıdır.
		D.8.2	İ.V. olarak ilaç/ serum infüzyonu uygulanıyorsa, verilen ilacın adı, dozu, infüzyon başlangıç saati, veriliş süresi hasta ve mayiyi hazırlayanın adı mayi üzerinde belirtilmelidir. (etiket vb.)
139	DOĞUMHANE	D.9	Acil müdahale seti kullanıma hazır durumda bulunuyor mu?
		D.9.1	Acil müdahale seti kolay ulaşılabilecek konumda olmalıdır.
		D.9.2	Acil müdahale seti içindeki tıbbi cihazların kontrolleri yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.
		D.9.3	Acil müdahale setinde bulunması gereken ilaçların ve sarf malzemelerin listesi hazırlanmalı, miktar ve miad kontrolleri yapılarak kayıt altına alınmalıdır.
140	DOĞUMHANE	D.10	Hasta ve hasta yakınlarına hekim tarafından bilgilendirme yapılıyor mu?
		D.10.1	Hasta ve hasta yakınlarına genel durum ve doğum süreci konusunda hekim tarafından bilgilendirme yapılmalıdır.
		D.10.2	Hasta ve hasta yakınlarına tedaviyi reddetme veya sonlandırma hakları, kararlarının doğurabileceği sonuçlar ve sorumluluklar hakkında bilgilendirilme yapılmalı ve yapılan bilgilendirmeler kayıt altına alınmalıdır.

		D.10.3	Bekleme alanı temiz,hasta yakınlarının oturabileceği şekilde düzenlenmelidir.Hasta yakının bekleme alanı/odasında hasta yakınlarının hastalarıyla ilgili bilgi alabilmelerini sağlayacak düzenlemeler(görevlendirilmiş personel veya bilgilendirme ekranı) bulunmalıdır.
141	DOĞUMHANE	D.11	Bilgilendirilmiş onam formları her girişimsel işlem için ayrı olarak düzenlenmiş mi?
		D.11.1	Girişimsel işlemlerde, bilgilendirmeyi yapan ve işlemi gerçekleştirecek sağlık meslek mensubu tarafından onam formunda yer alan bilgiler hastaya veya kanuni temsilcisine aktarılmalıdır. Onam formu asgari olarak aşağıdaki bilgileri içermelidir: a) Hastalığın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği, b) Tıbbi müdahalenin kim tarafından nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı ile tahmini süresi, c) Diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın sağlığı üzerindeki muhtemel etkileri, ç) Muhtemel komplikasyonları, d) Reddetme durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskleri, e) Kullanılacak ilaçların önemli özellikleri, f) Sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri, g) Gerektiğinde aynı konuda tıbbî yardıma nasıl ulaşabileceği, h) Hastanın veya kanuni temsilcisinin adı, soyadı, kendi el yazısı ile yazılmış "okudum anladım" ifadesi ve imzası, ı)Bilgilendirmeyi yapan ve girişimsel işlemi gerçekleştirenin adı, soyadı, ünvanı ve imzası, i)Onamın alındığı tarih ve saat.
		D.11.2	Onam formu iki nüsha olarak imza altına alınmalı ve bir nüshası hasta dosyasına konulmalı, diğeri ise hastaya veya kanuni temsilcisine verilmelidir. Sağlık tesisinde kalan nüshasında, bir nüshanın hasta veya yakınına verildiğine dair imza olmalıdır.
142	AMELİYATHANE	A.1	Ameliyathane giriş/çıkış koşulları uygun şekilde düzenlenmiş mi?
		A.1.1	Personel ve hasta giriş/çıkışı ayrı olarak düzenlenmelidir.
		A.1.2	Personel girişinin genel kullanım alanları ile doğrudan bağlantısı engellenerek kontrollü geçişi sağlanmalıdır.
		A.1.3	Ameliyathane geçiş alanlarında sedye değişimi yapılmalıdır.
		A.1.4	Lokal ameliyathane için gelen hastalar da, transfer ve ameliyathane giriş/çıkış kurallarına uymalıdır.
		A.1.5	Hastanın ameliyathaneye geliş ve gidişi sağlık personeli eşliğinde olmalıdır.
		A.1.6	Lokal anestezi alacak hasta da dâhil olmak üzere, hastalar ameliyathaneye uygun kıyafet ile gelmelidir.

143	AMELİYATHANE	A.2	Hasta yakınları için bekleme ve bilgilendirme koşulları sağlanmış mı?
		A.2.1	Hasta yakınının bekleme alanı/odasında hastalarıyla ilgili bilgi alabilmelerini sağlayacak düzenlemeler (görevlendirilmiş personel veya bilgilendirme ekranı) bulunmalıdır.
		A.2.2	Bilgilendirme hasta mahremiyeti dikkate alınarak yapılmalıdır.
144	AMELİYATHANE	A.3	Steril olmayan alan, yarı steril alan ve steril alanlar tanımlanmış mı?
		A.3.1	Steril olmayan alan, yarı steril alan ve steril alanlar tanımlanmış olmalıdır. Bu alanların görsel ve fiziksel olarak (bariyer) ayrımı yapılmalıdır.
		A.3.2	Steril olmayan alandan yarı steril alana geçerken terlik/galoş ve uygun kıyafet giyilmelidir.
		A.3.3	Steril alana geçişte, terlik değiştirilmeli, bone ve maske takılmalıdır.
145	AMELİYATHANE	A.4	Güvenli Cerrahi Kontrol listesinin Ameliyathanede yapılması gereken bölümleri eksiksiz uygulanıyor mu?
		A.4.1	Güvenli cerrahi listesi ameliyatın safhasına göre doldurulmuş olmalıdır.
146	AMELİYATHANE	A.5	Ameliyathanede uygun fiziksel koşullar oluşturulmuş mu?
		A.5.1	Ameliyathanenin steril alan yüzeyleri pürüzsüz, gözeneksiz, kolay temizlenebilir, dezenfekte edilebilir nitelikte, derzsiz malzeme ile kaplanmış olmalıdır.
		A.5.2	Alt yapı ve donanımı oluşturulmuş uyandırma odası olmalıdır.
		A.5.3	Uyandırma odasında hasta mahremiyetine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
		A.5.4	Ameliyathane personelinin dinlenme odaları steril alan dışında bulunmalıdır.
		A.5.5	Steril alanda, yarı-steril alandan geçiş dışında dışarı açılan hiçbir kapı, pencere vb. unsur bulunmamalıdır.
147	AMELİYATHANE	A.6	Anesteziye ait formlar uygun şekilde dolduruluyor mu?
		A.6.1	Hasta ameliyat öncesi anestezi uzmanı tarafından muayene edilmeli ve anestezi değerlendirme formu doldurulmalıdır.

		A.6.2	Anestezi güvenlik kontrol listesi doldurulmalıdır.
		A.6.3	Anestezi uygulaması sırasında, hastanın fizyolojik durumu izlenerek, izlem sonuçları anestezi kayıt formuna yazılmalıdır.
		A.6.4	Ameliyat öncesi anestezi uzmanı tarafından onam formunda yer alan bilgiler hastaya veya kanuni temsilcisine aktarılmalıdır. Onam formu asgari olarak aşağıdaki bilgileri içermelidir: a) Tıbbi müdahalenin kim tarafından nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı ile tahmini süresi, b) Diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın sağlığı üzerindeki muhtemel etkileri, c) Muhtemel komplikasyonları, ç) Reddetme durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskleri, d) Kullanılacak ilaçların önemli özellikleri, e) Gerektiğinde aynı konuda tıbbî yardıma nasıl ulaşabileceği, f) Hastanın veya kanuni temsilcisinin adı, soyadı, kendi el yazısı ile yazılmış "okudum anladım" ifadesi ve imzası, g) Anestezi uzmanının adı, soyadı, ünvanı ve imzası, ğ) Onamın alındığı tarih ve saat.
		A.6.5	Onam formu iki nüsha olarak imza altına alınmalı ve bir nüshası hasta dosyasına konulmalı, diğeri ise hastaya veya kanuni temsilcisine verilmelidir. Sağlık tesisinde kalan nüshasında, bir nüshanın hasta veya yakınına verildiğine dair imza olmalıdır.
148	AMELİYATHANE	A.7	Hastanın ameliyathaneden çıkmadan önce ilgili cerrah tarafından gerekli kayıtları düzenlenmiş mi?
		A.7.1	Post operatif bakım ve tedavi planı hasta ameliyattan çıktıktan sonra ve ilgili birime nakledilmeden önce ilgili cerrah tarafından yazılmalı; tarih ve saat belirtilmelidir.
		A.7.2	Post operatif ameliyat notu hasta ameliyattan çıktıktan sonra ve ilgili birime nakledilmeden önce ilgili cerrah tarafından yazılmalı; tarih ve saat belirtilmelidir.
149	AMELİYATHANE	A.8	Ameliyathanede ilaç yönetimi uygun olarak yapılıyor mu?
		A.8.1	Benzer görünüşe, okunuşa ve yazılışa sahip ilaçlar ile aynı ilacın farklı dozlarının muhafazası TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Benzer Görünüşe, Okunuşa ve Yazılışa Sahip İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun olarak yapılmalıdır.
		A.8.2	Yüksek riskli ilaçların listesi bulunmalı, diğer ilaçlardan farklı bir alanda muhafaza edilmeli ve bu alan dikkat çekmek amacı ile kırmızı renkle belirginleştirilmelidir. Yüksek riskli ilaçlar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Yüksek Riskli İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun yönetilmelidir.
		A.8.3	Narkotik(Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçlara erişim kısıtlanarak uygun şekilde saklanmalıdır. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Narkotik ve Psikotrop İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun şekilde Narkotik ve Psikotrop İlaçların Hastane İçerisinde Kullanımı, Saklama, İadesi ve İmhası gerçekleştirilmelidir.

		A.8.4	Narkotik(Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçların devir teslim tutanakları kayıt altına alınmalıdır. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Narkotik ve Psikotrop İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun şekilde Narkotik ve Psikotrop İlaçların Hastane İçerisinde Kullanımı, Saklama, İadesi ve İmhası gerçekleştirilmelidir.
		A.8.5	İlaçların kırılması ve kaybolması durumunda yapılacaklar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaçların Kırılması ve Kaybolması Durumunda Yapılacaklar İle İlgili Talimat" doğrultusunda gerçekleştirilmelidir.
		A.8.6	Tüm ilaçların kullanılmayan yarım dozları (kısmi dozları) takip edilmelidir. Yarım kalması durumunda yapılacaklar ile ilgili TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Kısmi Doz İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun hareket edilmelidir.
		A.8.7	Hastalara ilaç uygulamalarında advers etki ile karşılaşılınca bildirim yapılacak farmokovijilans sorumlusu bilinmelidir. Advers etki bildirimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Advers Etki Bildirimi Talimatı"na uygun gerçekleştirilmelidir.
		A.8.8	Soğuk zincire tabi ilaçların listesi bulundurulmalı; Soğuk zincir ilaçların muhafazası ve transferi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Soğuk Zincir İlaçlarının Yönetim Talimatı" uygun gerçekleştirilmelidir.
		A.8.9	İlaç geçimsizlikleri ile ilgili TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç Geçimsizliği Talimatına" uygun hareket edilmelidir.
		A.8.10	İlaç deposundan; ameliyathaneye verilen ilaç ve farmakolojik ürünler Taşınır Mal Yönetmeliğinde belirtilen miktarda olmalıdır. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme Deposundan Özellikli Birimlere Çıkış Talimatına" uygun hareket edilmelidir.
		A.8.11	İlaçların; ameliyathanede bulunan ve HBYS üzerinde görülen miad ve miktarları uyumlu olmalıdır. İlgili sorumlu tarafından rutin olarak miad ve miktar kontrolleri yapılmalı ve eczacıya bilgi verilmelidir. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Miktar ve Miad Kontrol Talimatına" uygun hareket edilmelidir.
		A.8.12	Ameliyathaneden eczaneye iade edilen ilaçlar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İade Talimatına" uygun yapılmalıdır.
		A.8.13	Işıktan korunması gereken ilaçlar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Işıktan Korunması Gereken İlaçlarla İlgili Talimat" doğrultusunda muhafaza edilmelidir.
		A.8.14	Yarı-katı preparatlar (Örn. Pomat, krem), oftalmik preparatlar, şuruplar vb. (insülin kalemi) gibi farmasötik formu olan ilaçlar açıldıktan sonra ilaç üzerinde açılış tarihi, hastanın adı-soyadı, protokol numarası, ilacın adı ve açıldıktan sonra tüketim süresi bilgilerinin yer aldığı bir etiket olmalıdır.
150	AMELİYATHANE	A.9	Ameliyathanede tıbbi sarf malzeme yönetimi uygun olarak yapılıyor mu?
		A.9.1	Tıbbi sarf deposundan; ameliyathaneye verilen tıbbi sarf malzemeler Taşınır Mal Yönetmeliğinde belirtilen miktarda olmalıdır. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme Deposundan Özellikli Birimlere Çıkış Talimatına" uygun hareket edilmelidir.
		A.9.2	Ameliyathaneden medikal depoya iade edilen tıbbi sarf malzemeler TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İade Talimatına" uygun yapılmalıdır.

		A.9.3	Hastalara tedavileri sırasında uygulanan tıbbi sarf malzemelerden kaynaklanan beklenmeyen etki ile karşılaşılması durumunda bildirim yapılacak materyovijilans sorumlusu bilinmelidir. Medikal malzemelerden kaynaklanan olumsuz olayların uyarı sistemine bildirimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Olumsuz Olay Bildirim Talimatı" doğrultusunda yapılmalıdır.
		A.9.4	Revizyon operasyonları sonrası hastalardan çıkarılan vücuda yerleştirilebilir aktif tıbbi cihazların (Kalp pili, beyin pili vs) ve implantların bertarafına ilişkin yazılı düzenlemeler bulunmalıdır. (Revizyon ameliyatları yapılmayan sağlık tesislerinde muaftır.)
151	AMELİYATHANE	A.10	Hazırlanan cerrahi alet dezenfektan solüsyonlarının son kullanma tarihleri belirtilmiş mi?
		A.10.1	Hazırlanan cerrahi alet dezenfektan solüsyonlarının son kullanma tarihleri bulunmalıdır.
		A.10.2	Etkinlik indikatörleri ile yüksek düzey solüsyonların etkinlikleri kontrol edilmeli ve kayıt altına alınmalıdır.
152	AMELİYATHANE	A.11	Ameliyathaneden patoloji laboratuvarına materyallerin transferi ile ilgili düzenleme mevcut mu?
		A.11.1	Ameliyathaneden patoloji laboratuvarına materyallerin transferi ile ilgili yazılı düzenleme oluşturulmalıdır.
		A.11.2	Biyopsi ve doku materyali kapalı saklama kapları ve uygun solüsyon içinde taşınmalıdır.Saklama kabı üzerinde hasta bilgilerini içeren barkod bulunmalıdır.
		A.11.3	Patoloji laboratuvarına gönderilen materyallerin teslim tutanakları (defter, form vb.) teslim eden ve teslim alan personelin imzası ile kayıt altına alınmalıdır.
153	STERİLİZASYON	ST.1	Sterilizasyon hizmetleri uygun fiziki koşullarda yapılıyor mu? (Ameliyathane hizmeti vermeyen ancak acil servis ya da dış ünitesi vb. birimleri olan sağlık tesislerinde, ST.1.1 - ST.1.4 - ST.1.5 - ST.1.6 kriterleri muaf tutulacaktır.)
		ST.1.1	Malzeme akış yönü kirli alandan temiz alana, temiz alandan steril alana doğru ve tek yönlü olmalı, kirli, temiz, steril depolama ve destek alanlar olmak üzere şekillendirilmelidir.
		ST.1.2	Kirli alanda malzemelerin ön temizliği ve dekontaminasyonu yapılmalıdır.
		ST.1.3	Malzemelerin paketlenmesi temiz alanda yapılmalıdır.
		ST.1.4	Cerrahi aletler ve tekstil malzemelerinin paketlemeleri ayrı alanlarda yapılmalıdır.
		ST.1.5	Kirli ve steril malzeme giriş çıkışı ayrı alanlardan yapılmalıdır.
		ST.1.6	Tüm yüzeyler pürüzsüz, gözeneksiz, kolay temizlenebilir, yıkamaya dayanıklı ve dezenfekte edilebilir nitelikte olmalıdır.

154	STERİLİZASYON	ST.2	Steril edilen malzemeler uygun şekilde depolanıyor mu?
		ST.2.1	Depo alanı toz, nem, insekt ve yüksek sıcaklık ve rutubete karşı iyi havalandırılabilen özelliklerde olmalıdır.
		ST.2.2	Steril malzemeler raflarda; zeminden 30 cm yukarda, tavandan 50 cm aşağıda, duvardan 5 cm önde depolanmalıdır.
		ST.2.3	Depolanan steril malzemeler "ilk giren ilk çıkar" prensibi ile kullanılmalıdır.
		ST.2.4	Steril malzemeler üzerinde sterilizasyon tarihi, sterilizasyonu yapan cihaz, hangi döngüde yapıldığı, son kullanma tarihi, malzemenin içeriği ile ilgili bilgiler olmalıdır.
		ST.2.5	Sıcaklık ve nem değerleri günlük çizelgelerle takip edilmelidir. Steril depolama alanında sıcaklık 22 derece, nem %60'ı aşmamalıdır.
155	STERİLİZASYON	ST.3	Sterilizasyon işlemi indikatörler ile kontrol edilerek kayıt altına alınıyor mu?
		ST.3.1	İşleme girmiş ve girmemiş bohçaların birbirinden ayrılabilmesi için her bohça üzerinde maruziyet bantları olmalıdır.
		ST.3.2	Bowie&Dick testi her gün bir kez işlemlere başlamadan önce yapılmalıdır.Sonucu kayıt altına alınmalıdır.
		ST.3.3	Vakum kaçak Testi 1 mbar/dak ın altında olduğunda en az haftada bir kez, 1 - 1,3 mbar/dk arasında olduğunda hergün yapılmalı ve sonuçları kayıt altına alınmalıdır.
		ST.3.4	Biyolojik indikatörler en az haftada bir kez, vücuda implante edilecek cihazların sterilizasyon işleminde ise her yükte kullanılmalıdır.Sonuçları kayıt altına alınmalıdır.
		ST.3.5	Her pakette kimyasal indikatörler kullanılmalıdır.
		ST.3.6	Kullanıcılar tarafından malzemelerin sterilizasyonu ile ilgili uygunsuzluklar kayıt altına alınarak sterilizasyon ünitesine bildirilmelidir. Sterilizasyon ünitesi tarafından analizleri yapılarak gereken önlemler alınmalı ve kayıtları tutulmalıdır.
156	STERİLİZASYON	ST.4	Sağlık tesisi genelinde farklı branşlarda muayene ve girişimsel işlemlerde kullanılan alet ve cihazların dezenfeksiyonu ile ilgili düzenleme yapılıyor mu?
		ST.4.1	KBB, Genel Cerrahi, Göz, Diş, Kadın Doğum, Üroloji vb. polikliniklerde ve Endoskopi, Bronkoskopi vb. ünitelerde muayene ve girişimsel işlemlerde kullanılan alet ve cihazların dezenfeksiyonu yapılmalıdır.
		ST.4.2	Kullanılan dezenfektan solüsyonların üzerinde hazırlanma ve son kullanma tarihleri bulunmalıdır.
		ST.4.3	Endoskopi, Bronkoskopi vb. ünitelerde kullanılan yüksek düzey solüsyonları etkinlik indikatörleri ile kontrol edilmeli ve kayıt altına alınmalıdır.

157	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.1	Genel sekreterlik tarafından oluşturulan değerlendirme ekiplerince sağlık tesisinin "yerinde değerlendirme soru listesi"ne göre değerlendirmesi yapılmış mı?
		GD.1.1	Genel Sekreterlik tarafından, sağlık tesisi yerinde değerlendirme soru listesine göre yılda bir kez değerlendirilmelidir.
		GD.1.2	Değerlendirme sağlık tesisi yerinde değerlendirme soru listesinin ilgili tüm bölümlerini kapsamalıdır.
158	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.2	Yaşlı ve yürüyemeyen hastalar için yeterli sedye ve tekerlekli sandalye mevcut mu?
		GD.2.1	Yaşlı ve yürüyemeyen hastalar için ilgili bölümlerde yeterli sedye ve tekerlekli sandalye bulunmalıdır.
159	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.3	Sağlık tesisinde güvenliği sağlamak amacıyla kamera takip sistemi kurulmuş mu?
		GD.3.1	İlgili bölümlerde güvenliği sağlamak amacıyla kurulan kamera takip sistemi olmalıdır.
		GD.3.2	Güvenlik kamera kayıtları en az 2 ay süre ile saklanmalıdır
160	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.4	Sıkıştırılmış tıbbi gaz tüpleri güvenlik açısından sabitlenmiş mi?
		GD.4.1	Sıkıştırılmış tıbbi gaz tüpleri güvenlik açısından sabitlenmelidir.
161	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.5	Sağlık tesisinde bulunan jeneratörlerin bakımları yapılıyor mu?
		GD.5.1	Jeneratörlerin bağlı bulunulan enerji dağıtım şirketinden alınmış kabul belgesi olmalıdır.
		GD.5.2	Jeneratörlerin periyodik dönemlerde bakımları yapılmalı ve bakım formları saklanmalıdır.
162	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.6	İklimlendirme ve klima sistemlerinin bakımı ve kontrolü düzenli olarak yapılıyor mu?
		GD.6.1	İklimlendirme - klima sistemlerinin periyodik dönemlerde bakımları yapılmalı ve bakım formları saklanmalıdır.
163	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.7	Asansörlerin güvenli kullanımına yönelik gerekli düzenlemeler sağlanmış mı?
		GD.7.1	Asansörlerin Makina Mühendisleri Odası tarafından verilen uygunluk belgesi olmalıdır.
		GD.7.2	Asansörlere verilen uygunluk etiketleri yapıştırılmış olmalıdır.

		GD.7.3	Asansörlerin periyodik dönemlerde bakımları yapılmalı ve bakım formları saklanmalıdır.
164	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.8	Arşivin fiziki koşulları ve işleyişine yönelik düzenlemeler yapılmış mı?
		GD.8.1	Arşivde yangın, hırsızlık, rutubet, su baskını, toz ve her türlü hayvan ve haşaratın tahriplerine karşı tedbirler alınmalıdır.
		GD.8.2	Arşivde dosya yerleşim planı olmalıdır.
		GD.8.3	Yangın söndürme cihazları yangın talimatı çerçevesinde çalışır durumda bulundurulmalı ve kolay erişilebilir olmalıdır.
		GD.8.4	Arşive kabul edilen dosyaların teslim alındığına dair kayıtlar tutulmalı ve dosyaların arşive yerleştirilmesi uygun şekilde yapılmalıdır.
165	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.9	Kurumda uygun çevre düzenlemesi yapılmış mı?
		GD.9.1	Hastane bahçesinde hasta ve çalışanlar için uygun çevre düzenlemesi yapılmalı, bekleme ve oturma alanları oluşturulmalıdır.
		GD.9.2	Yönlendirme levhaları hasta ve yakınlarının görebileceği yerde, yeterli ve açıklayıcı olmalıdır.
		GD.9.3	Otopark ve bahçe içerisinde yeterli aydınlatma yapılmalıdır.
		GD.9.4	Hastane yakınındaki cadde ve sokaklarda hastanenin yerini gösteren işaret ve yönlendirme levhaları bulunmalıdır.
166	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.10	Hasta memnuniyetine yönelik düzenlemeler mevcut mu?
		GD.10.1	Hasta memnuniyetini belirlemeye ve ölçmeye yönelik anket çalışmaları yapılmalıdır.
		GD.10.2	Hasta ve yakınları için talep ve öneri kutuları hastaların görebileceği yerlerde, sağlık tesisinin büyüklüğüne göre yeterli sayıda ve kullanıma uygun olmalıdır.
		GD.10.3	Memnuniyet, dilek, öneri ve taleplerin değerlendirilmesi sonucu gerekli görülen düzenlemeler yapılmalıdır.
167	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.11	Sağlık hizmeti sunulan alanlarda gerekli kişisel koruyucu malzemeler mevcut mu?
		GD.11.1	Sağlık hizmeti sunulan alanlarda gerekli ve yeterli kişisel koruyucu malzemeler olmalıdır. (Eldiven, yüz-göz koruyucu maske, gözlük,önlük)

168	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.12	Sağlık tesisi genelinde temizlik kurallarına uyuluyor mu?
		GD.12.1	Genel ve bölüm bazında temizlik kuralları belirlenmelidir.
		GD.12.2	Sağlık tesisi genelinde temizlik kurallarına uyulmalıdır.
		GD.12.3	Sağlık tesisinde yer alan tuvalet ve banyoların temizlikleri yapılarak kayıt altına alınmalıdır.
		GD.12.4	Sağlık tesisinde en az yılda bir kez haşerata karşı ilaçlama işlemi yapılmalıdır.
169	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.13	Sağlık hizmeti sunulan alanlarda el hijyeni sağlamaya yönelik düzenlemeler bulunuyor mu?
		GD.13.1	El hijyeni sağlamaya yönelik lavabo, el antiseptiği, sabun, kâğıt havlu bulunmalıdır.
		GD.13.2	Elle teması gerektirmeyecek şekilde kapaklı çöp kovası kullanılmalıdır.
170	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.14	Kurum çalışanları kimlik kartı kullanıyor mu?
		GD.14.1	Sağlık tesisi çalışanları kimlik kartı takmalıdır.
171	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.15	Çalışan sağlığına yönelik düzenlemeler yapılmış mı?
		GD.15.1	Bölüm bazında risk değerlendirmesi yapılmalı, güncel olmalı ve kayıtları bulunmalıdır.
		GD.15.2	Bölüm bazında belirlenen risklere yönelik ve uzman hekimlerin görüşleri doğrultusunda tüm personele sağlık tarama programı hazırlanmalı ve uygulanmalıdır. Sağlık tarama sonuçlarının kayıtları olmalıdır.
172	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.16	İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili çalışmalar yapılıyor mu? (İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetmeliği yürürlüğe girdikten sonra değerlendirilecektir.)
		GD.16.1	İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili çalışmalarda bulunmak üzere iş sağlığı ve güvenliği kurulu oluşturulmalı, kurul üyelerinin mevzuata uygun görevlendirmeleri olmalıdır.
		GD.16.2	İş sağlığı ve güvenliği kurulu her ay toplanmalı ve toplantı kayıtları olmalıdır.
		GD.16.3	Çalışanlara mevzuata uygun iş sağlığı ve güvenliğini ilgilendiren yılda en az onaltı saat olmak üzere eğitimler verilmeli ve eğitimlerin kayıtları olmalıdır.

		GD.16.4	İş yeri sağlık ve güvenlik birimi (İş yeri sağlık ve güvenlik biriminde iş yeri hekimi, iş güvenliği uzmanı (tehlike sınıfına göre) ve diğer sağlık personeli) olmalıdır.
		GD.16.5	Çalışma ortamının ve çalışanların sağlık ve güvenliğini sağlama, sürdürme ve geliştirme amacı ile iş sağlığı ve güvenliği yönünden en geç iki yılda bir risk değerlendirmesi yapılmış olmalıdır.
173	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.17	Hasta transferi sırasında gerekli önlemler alınmış mı?
		GD.17.1	Hastanın servisler arasındaki sedye ile transferi, sağlık personeli eşliğinde olmalıdır.
		GD.17.2	Hasta nakillerinde transfer formu kullanılmalıdır.
		GD.17.3	Hastanın transferi sırasında mahremiyet esaslarına dikkat edilmelidir. (Üzerinin örtülmesi vb)
		GD.17.4	Hastanın transferi sırasında düşme riski gözönünde bulundurulmalı, gereken önlemler alınmalıdır.
174	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.18	Sağlık tesisinde acil afet yönetimine ait düzenleme var mı?
		GD.18.1	Sağlık tesisinde oluşturulan HAP komisyonu her yılın başında hastanenin güncel yıllık Hastane Afet Planını hazırlamalıdır. Planlar İl Sağlık Müdürlüğü tarafından onaylanmalıdır.
175	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.19	Hasta bilgilerinin mahremiyeti ve gizliliğinin korunması ile ilgili düzenlemeler mevcut mu?
		GD.19.1	Hastanın vermiş olduğu tıbbi öykü ve diğer konuşmaların hastanın izni olmayan kişiler tarafından duyulması engellenmelidir.
		GD.19.2	Sağlık tesisinde HBYS üzerinde, hasta bilgilerine ilgisiz ve yetkisiz kişilerin erişimini engelleyecek düzenlemeler ile bilgisayar kullanıcılarının hangi alanlara ulaşabileceğine dair yetki tanımlaması yapılmalı ve uygulanmalıdır.
176	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.20	Çalışan memnuniyeti konusunda iyileştirici faaliyetlerde bulunulmuş mu?
		GD.20.1	Çalışanların memnuniyetleri ölçülmeli, sonuçları yönetim tarafından değerlendirilmelidir.
		GD.20.2	Memnuniyet anketleri analizlerine göre gerekli görülen düzenlemeler yapılmalıdır.
177	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.21	Kesici delici alet yaralanmaları ve kan vücut sıvıları ile temaslar bildiriliyor mu?
		GD.21.1	Kesici delici alet yaralanmaları ve kan vücut sıvıları ile temaslar bildirilmeli, gereken önlemler alınmalı ve kayıtları tutulmalıdır.

		GD.21.2	Kesici delici alet yaralanmasına maruz kalan personelin takipleri yapılmalıdır.
178	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.22	Hasta dosyasında belirlenen dosyalama planına uyuluyor mu?
		GD.22.1	Yataklı servislerde hasta dosyaları dosyalama planına uygun şekilde düzenlenmelidir.
		GD.22.2	Dosya muhteviyatını gösteren kontrol çizelgesi dosya kapağında ve içeriğiyle uyumlu olmalıdır.
179	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.23	Hasta ziyaret zamanları belirlenmiş mi?
		GD.23.1	Hasta ziyaret zamanları belirlenmeli, belirlenen zamanlar hasta ve yakınlarının görebileceği yerlerde ilan edilmelidir.
180	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.24	112 komuta merkezine bildirilen verilerle (boş yatak, yoğun bakım yatağı ve kullanılabilir durumdaki cihazlar vb.) değerlendirme sırasındaki veriler uyumlu mu?
		GD.24.1	112 il ambulans servisi komuta merkezine online olarak aktarılan veriler ile kurum kayıtları birbirleriyle uyumlu olmalıdır.
181	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.25	Verimlilik Gözlemcileri tarafından yerinde değerlendirme yapılan bölümlerin sorumluları belirlenmiş ve ilgili kişilerce tebellüğ edilmiş mi?
		GD.25.1	Acil Servis sorumlu hekimi tanımlanmalıdır.
		GD.25.2	Acil Servis sorumlu hemşiresi tanımlanmalıdır.
		GD.25.3	Radyoloji ve tanısal görüntüleme hizmetlerinin uygulanmasına ve yönetimine yönelik sorumlu hekim tanımlanmalıdır.
		GD.25.4	Radyoloji sorumlu teknisyeni tanımlanmalıdır.
		GD.25.5	Laboratuvar hizmetlerinin uygulanmasına ve yönetimine yönelik sorumlu hekim(herbir laboratuvar için ayrı) tanımlanmalıdır.
		GD.25.6	Herbir laboratuvar için sorumlu teknisyen tanımlanmalıdır.
		GD.25.7	Servis sorumlu hemşireleri tanımlanmalıdır.
		GD.25.8	Doğumhane sorumlu hekimi tanımlanmalıdır.
		GD.25.9	Doğumhane sorumlu ebesi tanımlanmalıdır.
		GD.25.10	Yoğun Bakım sorumlu hekimi tanımlanmalıdır.

		GD.25.11	Yoğun Bakım sorumlu hemşiresi tanımlanmalıdır.
		GD.25.12	Ameliyathane sorumlu hekimi tanımlanmalıdır.
		GD.25.13	Ameliyathane sorumlu hemşiresi tanımlanmalıdır.
		GD.25.14	Anestezi sorumlu teknisyeni/teknikeri tanımlanmalıdır.
		GD.25.15	Sterilizasyon ünitesi sorumlu hekimi tanımlanmalıdır.
		GD.25.16	Sterilizasyon ünitesi sorumlu hemşiresi tanımlanmalıdır.
		GD.25.17	Sorumlu eczacı tanımlanmalıdır.(Eczacı bulunmayan sağlık tesisinde sağlık personeli görevlendirilmelidir.)
		GD.25.18	Arşiv sorumlusu tanımlanmalıdır.
182	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.26	Sağlık tesisinde mevzuata uygun ünite içi (bölüm bazlı) atık yönetim planı oluşturulmuş mu?
		GD.26.1	Sağlık tesisinde mevzuata uygun ünite içi (bölüm bazlı) atık yönetim planı olmalıdır.
		GD.26.2	Plana uygun ayrıştırma yapılmalıdır.
183	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.27	Atık yönetimi kapsamında kaynağında ayrıştırma işlemi uygun yapılıyor mu?
		GD.27.1	Sağlık tesisinden kaynaklanan atıklar; Evsel Atıklar (Genel Atıklar, Ambalaj Atıkları), Tıbbi Atıklar (Enfeksiyöz, Patolojik, Kesici-Delici), Tehlikeli Atıklar, Radyoaktif Atıklar olmak üzere kaynağında ayrıştırarak ayrı toplanmalıdır.
		GD.27.2	Tıbbi atıkların toplanmasında; yırtılmaya, delinmeye, patlamaya ve taşımaya dayanıklı; orijinal orta yoğunluklu polietilen hammaddeden sızdırmaz, çift taban dikişli ve körüksüz olarak üretilen, çift kat kalınlığı 100 mikron olan, en az 10 kilogram kaldırma kapasiteli, üzerinde görülebilecek büyüklükte ve her iki yüzünde “Uluslararası Biyotehlike” amblemi ile “DİKKAT! TIBBİ ATIK” ibaresini taşıyan kırmızı renkli plastik torbalar kullanılmalıdır.

		GD.27.3	Kesici ve delici özelliği olan atıklar diğer tıbbi atıklardan ayrı olarak delinmeye, yırtılmaya, kırılmaya ve patlamaya dayanıklı, su geçirmez ve sızdırmaz, açılması ve karıştırılması mümkün olmayan, üzerinde “Uluslararası Biyotehlike” amblemi ile “DİKKAT! KESİCİ ve DELİCİ TIBBİ ATIK” ibaresi taşıyan plastik veya aynı özelliklere sahip lamine kartondan yapılmış kutu veya konteynerler içinde toplanmalıdır. (Kırık cam, ampul, kırılmış cam tüp gibi batma, delme, sıyrık ve yaralanmalara neden olabilecek ancak mikroorganizmalarla kontamine olmayan atıklar, plastik veya su geçirmeyen kartondan yapılmış kutular içinde toplanarak üzerine "Ambalaj Atığı" ibaresi yazılarak, ambalaj atıkları ile birlikte değerlendirilmelidir.)
		GD.27.4	Tıbbi atık torbaları en fazla ¾ oranında doldurulmalı, ağızları sıkıca bağlanmalı ve gerekli görüldüğü hallerde her bir torba yine aynı özelliklere sahip diğer bir torbaya konularak kesin sızdırmazlık sağlanmalıdır. Tıbbi atık torbalarının içeriği hiçbir suretle sıkıştırılmamalı, torbasından çıkarılmamalı, boşaltılmamalı ve başka bir kaba aktarılmamalıdır.
		GD.27.5	Kesici-Delici atık kapları en fazla ¾ oranında doldurulmalı, ağızları kapatılıp ve kırmızı plastik torbalara konulmalıdır. Kesici-delici atık kapları dolduktan sonra kesinlikle sıkıştırılmamalı, açılmamalı, boşaltılmamalı ve geri kazanılmamalıdır.
184	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.28	Tıbbi atıkların ünite içinde taşınma işlemi uygun yapılıyor mu?
		GD.28.1	Tıbbi atık torbaları ünite içinde tekerlekli, kapaklı, paslanmaz metal, plastik veya benzeri malzemeden yapılmış, yükleme-boşaltma esnasında torbaların hasarlanmasına veya delinmesine yol açabilecek keskin kenarları olmayan, yüklenmesi, boşaltılması, temizlenmesi ve dezenfeksiyonu kolay ve sadece bu iş için ayrılmış araçlar ile toplanmalı ve taşınmalıdır. Tıbbi atıkların ünite içinde taşınmasında kullanılan araçlar turuncu renkli olmalı ve üzerlerinde “Uluslararası Biyotehlike” amblemi ile “Dikkat! Tıbbi Atık” ibaresi bulunmalıdır.
		GD.28.2	Tıbbi atık torbaları ağızları sıkıca bağlanmış olarak ve sıkıştırılmadan atık taşıma araçlarına yüklenmeli, toplama ve taşıma işlemi sırasında el veya vücut ile temastan kaçınılmalıdır. Atık torbaları asla elde taşınmamalıdır. Taşıma işlemi sırasında atık bacaları ve yürüyen şeritleri kullanılmamalıdır.
		GD.28.3	Tıbbi atıklar ile evsel nitelikli atıklar aynı araca yüklenerek birlikte taşınmamalıdır. Atık taşıma araçları her gün düzenli olarak temizlenmeli ve dezenfekte edilmelidir. Ayrıca araçların içinde herhangi bir torbanın patlaması veya dökülmesi durumunda atıklar güvenli olarak boşaltılmalı, dökülen sıvılar uygun emiciler ile emildikten sonra taşıma aracı ivedilikle dezenfekte edilmelidir.
		GD.28.4	Temizlik ekipmanları, koruyucu giysiler, atık torbaları ve taşıma araçları geçici atık deposuna yakın bir yerde bulundurulmalıdır.
		GD.28.5	Ünite içinde uygulanan toplama programı ve atık taşıma araçlarının izleyeceği güzergah, hastaların tedavi olduğu yerler ile diğer temiz alanlardan, insan ve hasta trafiğinin yoğun olduğu bölgelerden mümkün olduğunca uzak olacak şekilde belirlenmelidir.
		GD.28.6	Tıbbi atıkların yönetimi ile ilgili personele ait özel giysiler ve koruyucu ekipman (Tıbbi atık taşıma eldiveni, koruyucu gözlük, maske, çizme ve yedeği olan özel koruyucu turuncu renkli elbise) bulundurulmalı ve temiz olmalıdır.
		GD.28.7	Tıbbi atık taşıma personeline tıbbi atık yönetimi ile ilgili eğitim verilmeli ve verilen eğitimin kayıtları olmalıdır

185	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.29	Evsel ve Tıbbi atık yönetimi kapsamında geçici depolama işlemi uygun yapılıyor mu? (20 VE ÜZERİ YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE DEĞERLENDİRİLECEKTİR)
		GD.29.1	Geçici atık deposu iki bölmeli kapalı bir mekan olarak inşa edilmeli, birinci bölmede tıbbi atıklar, ikinci bölmede ise evsel nitelikli atıklar depolanmalıdır.
		GD.29.2	Evsel ve tıbbi atık depolarının tabanı ve duvarları sağlam, geçirimsiz, mikroorganizma ve kir tutmayan, temizlenmesi ve dezenfeksiyonu kolay bir malzeme ile kaplanmalıdır.
		GD.29.3	Evsel atık deposunun yeterli bir aydınlatma ve pasif havalandırma sistemi bulunmalı ve sıcak bölgelerde depo özel olarak soğutulmalıdır.
		GD.29.4	Evsel ve tıbbi atık depo kapıları dışarıya doğru açılmalı veya sürgülü yapılmalıdır.
		GD.29.5	Evsel ve tıbbi atık depo kapıları kullanımları dışında daima kapalı ve kilitli tutulmalıdır.
		GD.29.6	Tıbbi atıkların konulduğu bölmenin kapısı turuncu renge boyanmalı ve üzerinde görülebilecek şekilde ve siyah renkli "Uluslararası Biyotehlike" amblemi ile siyah harfler ile yazılmış "Dikkat! Tıbbi Atık" ibaresi bulunmalıdır.
		GD.29.7	Tıbbi atıkların konulduğu bölmenin, temizliği ve dezenfeksiyonu kuru olarak yapılmalıdır. Bölme atıkların boşaltılmasını müteakiben temizlenmeli, dezenfekte edilmeli ve gerekirse ilaçlanmalıdır.
		GD.29.8	Tıbbi atık içeren torbanın yırtılması veya boşalması sonucu dökülen atıklar uygun ekipman ile toplanmalı, sıvı atıklar ise uygun emici malzeme ile yoğunlaştırıldıktan sonra tekrar kırmızı renkli plastik torbalara konulmalı ve kullanılan ekipman ile birlikte bölme derhal dezenfekte edilmelidir.
		GD.29.9	Tıbbi atıkların konulduğu bölmenin kanalizasyon sistemi ile bağlantısı olmamalıdır.
		GD.29.10	Evsel nitelikli atıkların konulduğu bölmede kanalizasyona bağlı ızgaralı bir drenaj sistemi ve bölmenin kolaylıkla temizlenebilmesi için basınçlı bir su musluğu bulunmalıdır.
		GD.29.11	Tıbbi Atıklar, bertaraf sahasına taşınmadan önce 48 saatten fazla depolarda bekletilmemelidir. (Bekleme süresi, geçici atık deposu içindeki sıcaklığın 4 °C nin altında olması koşuluyla bir haftaya kadar uzatılabilir.)
		GD.29.12	Tıbbi atıkların alınması sırasında verici ünite ile alıcı kurum/kuruluş arasında "Ulusal Atık Taşıma Formu" düzenlenmelidir.
186	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.30	Evsel ve Tıbbi atık yönetimi kapsamında geçici depolama işlemi uygun yapılıyor mu? (20 DEN AZ YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE DEĞERLENDİRİLECEKTİR)
		GD.30.1	Konteynerler ünitenin en az iki günlük tıbbi atığını alabilecek boyutta ve sayıda olmalıdır.
		GD.30.2	Konteynerler, kullanıldıkları ünitenin bulunduğu parsel sınırları içinde, doğrudan güneş almayan, hastane giriş-çıkışı, otopark ve kaldırım gibi yoğun insan ve hasta trafiğinin olduğu yerler ile gıda depolama, hazırlama ve satış yerlerinden uzağa yerleştirilmelidir.

		GD.30.3	Tıbbi Atık Konteynerlerin kapakları kullanımları dışında daima kapalı ve kilitli tutulmalı, yetkili olmayan kişilerin açmasına izin verilmemelidir.
		GD.30.4	Konteynerlerin iç yüzeyleri yükleme-boşaltma sırasında torbaların hasarlanmasına veya delinmesine yol açabilecek keskin kenarlar ve dik köşeler içermemelidir.
		GD.30.5	Tıbbi Atık Konteynerlerin dış yüzeyleri turuncu renkte olmalı, üzerlerinde görülebilecek uygun büyüklükte ve siyah renkli “Uluslararası Biyotehlike” amblemi ile siyah harfler ile yazılmış “Dikkat! Tıbbi Atık” ibaresi bulunmalıdır.
		GD.30.6	Konteynerler daima temiz ve boyanmış durumda olmalı, atıkların boşaltılmasını müteakiben her gün veya konteynerin içinde torbanın patlaması veya dökülmesi gibi herhangi bir kaza durumunda hemen temizlenmeli ve dezenfekte edilmelidir.
		GD.30.7	Tıbbi atıkların alınması sırasında verici ünite ile alıcı kurum/kuruluş arasında "Ulusal Atık Taşıma Formu" düzenlenmelidir.
187	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.31	Tehlikeli atıkların yönetimi uygun yapıyor mu?
		GD.31.1	Sitotoksik, sitostatik, kemoterapi ilaçları ve bu ilaçlarla kontamine olmuş atıklar, Tehlikeli madde içeren ya da tehlikeli maddelerden oluşan kimyasallar (Ksilen, formaldehit, gluteraldehit vb.) Tehlikeli madde kalıntıları içeren veya tehlikeli maddelerle kontamine olmuş ambalajlar, Tehlikeli maddeler içeren ya da tehlikeli maddeler ile kontamine olmuş ahşap, cam ve plastikler, Amalgam atıkları, Kartuj ve tonerler, Flourosan ve diğer civa içeren atıklar, Tehlikeli maddeler ile kirlenmiş emiciler, filtre malzemeleri, temizleme bezleri, koruyucu giysi, Elektrik ve elektronik ekipman atıkları, Eski aküler, Tehlikeli maddelerle kontamine olmuş metal atıkları, Yağ katran ve diğer maddeler içeren kablolar, Kullanılmış (mum) parafin ve yağlar, Röntgen banyo suları ve piller, diğer atıklardan kaynağında ayrı toplanmalıdır.
		GD.31.2	Tehlikeli atıklar, tesis ve binalardan uzakta beton saha üzerine yerleştirilmiş sağlam, sızdırmaz (zemin ve çatı izolasyonuna sahip), emniyetli uygun depo içerisinde, geçici olarak muhafaza edilmeli ve taşınabilir yangın söndürme tüpü olmalıdır.
		GD.31.3	Tehlikeli atıklar depo içerisinde çapraz reaksiyona sebep olmayacak şekilde, EWC kodlamalarına göre farklı alanlarda depolanmalıdır.
		GD.31.4	Depoda toplanmış olan tehlikeli atık kaplarının üzerinde atığın çeşidi, kaynağı, miktarı ve depoya giriş tarihi ile ilgili bilgiler açık olarak yazılmalıdır.
		GD.31.5	Sağlık tesisinde üretilen tehlikeli atıkların depolanma süresi 180 günü aşmamalıdır.
		GD.31.6	Geçici depolanan tehlikeli atıklar Ulusal Atık Taşıma Formu ile lisanslı bertaraf firmasına teslim edilmelidir.

		GD.31.7	Her yıl ocak ve mart ayları arasında Tehlikeli Atık Beyan Sistemine (TABS) bir önceki yılın atık beyanı (Tıbbi, Tehlikeli, Bitkisel Atıklar) yapılmalı ve beyan 5 yıl saklanmalıdır.
188	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.32	Yangın merdivenleri ve kaçış yolları uygun olarak düzenlenmiş mi?
		GD.32.1	Acil çıkışları gösteren çıkış levhaları bulunmalı ve levhalar işlevsel olmalıdır.
		GD.32.2	Sağlık tesinin yangın yönetmeliğine uygun olup olmadığına dair ilgili İtfaiye Müdürlüğü'nden alınan değerlendirme raporu bulunmalıdır.
		GD.32.3	Sağlık tesisi yönetimi tarafından değerlendirme raporunda olumsuz bulunan koşullar ile ilgili çalışmalar başlatılmalıdır.
189	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.33	Yangın söndürme sistemlerinin yerleşimi uygun mu, kontrolleri ve genel bakımları yapılıyor mu?
		GD.33.1	Sağlık tesisinin yangın ile ilgili plan/krokileri kolay ulaşılabilir olmalı ve krokilerde yangın söndürme sistemlerinin yeri belirtilmeli ve yangın söndürme tüpleri numaralandırılarak listesi oluşturulmalıdır..
		GD.33.2	Söndürme cihazları kolay ulaşılabilir ve görülebilir yerlerde bulunmalıdır.
		GD.33.3	Yangın söndürme tüplerinin zeminden olan yüksekliği 90 cm'yi aşmayacak şekilde olmalı ve sabitlenmelidir.
		GD.33.4	Yangın uyarı butonları yerden en az 110 cm ve en fazla 130 cm yüksekliğe yerleştirilmeli,kolayca görülebilir ve erişilebilir olmalıdır.
		GD.33.5	Yangın söndürme tüpleri ve yangın hortumları altı ayda bir kontrol edilmelidir.
		GD.33.6	Yangın söndürme tüplerinin yıllık genel bakımları yapılmalı, standartlara uygun toz kullanılmalı ve dört yıl sonunda tozu değiştirilmelidir.
		GD.33.7	Yapılan altı aylık,yıllık test ve kontrol sonuçları kayıt altına alınmalıdır. Periyodik kontroller yangın güvenliği sorumlusu veya temsilcisinin gözetiminde yapılmalıdır.
		GD.33.8	Yangın söndürme tüplerinin ve hortumlarının yılda bir kez kontrol edildiğine dair etiketleme yapılmalıdır.
190	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.34	Kurumda personele verilecek eğitime yönelik bir eğitim planı oluşturulmuş mu?
		GD.34.1	Kurumda personele verilecek olan eğitime yönelik eğitim planı oluşturulmalıdır.
		GD.34.2	Eğitimler planlanan zamanda yapılmalıdır.

191	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.35	Çalışanlara "uyum eğitimleri" verilmiş mi?
		GD.35.1	Kuruma yeni başlayan personele, bir hafta içinde uyum eğitimi verilmelidir.
		GD.35.2	Çalışanlara verilen genel ve bölüm uyum eğitiminin kayıtları olmalıdır.
192	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.36	Gözlem esnasında eğitimi değerlendirilen personele verilen eğitimler ile sağlık tesisindeki eğitim kayıtları uyumlu mu?
		GD.36.1	Gözlem esnasında eğitimi değerlendirilen personelin, eğitim aldığına dair kayıtları sağlık tesisinde bulunmalıdır.
193	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.37	Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde asistan eğitimine ait düzenlemeler yapılıyor mu?
		GD.37.1	Eğitim programı oluşturulmalı ve uygulanmalıdır.
		GD.37.2	Eğitim programına uygun asistan karneleri doldurulmalıdır.
194	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.38	Sağlık tesisinin web sayfasında sağlık tesisinde verilen hizmetler hakkında bilgi veriliyor mu?
		GD.38.1	Sağlık tesisinin Web sayfasında; -Hastanenin hizmet verdiği bölüm ve branşlar, -Hekim aylık ve günlük çalışma listesi, -Poliklinik muayene başlama ve bitiş saatleri, -Randevu alma bilgileri, -Tetkik sonuçlarına ulaşım alanı, -Çalışanların, hasta ve yakınlarının önerilerini bildirebileceği alan, -Ziyaret saatleri ve ziyaretçilerin uyması gereken kurallar, -Hastaneye ulaşım ve iletişim bilgileri, -Site içi arama motoru olmalıdır.
		GD.38.2	Bilgiler güncel olmalıdır.
195	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.39	Su deposunun periyodik kontrolleri yapılıyor mu?
		GD.39.1	Su deposunda haftalık klor ölçümü yapılmalıdır. Ölçülen klor oranı kayıt edilmelidir.
		GD.39.2	Su deposundan yılda en az 2 (iki) kez su numunesi alınarak bakteriyolojik ve kimyasal analizler yapılmalıdır.

		GD.39.3	Klor ölçümleri ve bakteriyolojik analizler Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından değerlendirilmelidir.
		GD.39.4	Su deposunun periyodik olarak yılda 1(bir) kez boşaltılıp temizlenerek dezenfekte edildiğine dair kayıtları olmalıdır.
196	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.40	Enerji tüketim takip modülüne veri girişleri doğru ve düzenli olarak yapılıyor mu?
		GD.40.1	Enerji tüketim takip modülünde veri giriş yetkilisi iletişim bilgileri güncel olmalıdır.
		GD.40.2	Elektrik faturalarının veri girişleri enerji tüketim takip modülüne düzenli olarak yapılmalıdır.
		GD.40.3	Su faturalarının veri girişleri enerji tüketim takip modülüne düzenli olarak yapılmalıdır.
		GD.40.4	Yakıt faturalarının veri girişleri enerji tüketim takip modülüne düzenli olarak yapılmalıdır.
197	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.41	Sağlık tesisinde TİG Birimi ile ilgili düzenlemeler yapılmış mı?
		GD.41.1	Sağlık tesisindeki TİG çalışmaları başhekim yardımcısı/başhekim sorumluluğunda olmalıdır.
		GD.41.2	TİG Biriminde çalışan personelin klinik kodlama eğitimi aldığına dair katılım belgesi olmalıdır.
		GD.41.3	Sağlık tesisinde görev yapan hekimlere ve klinik kodlamacılara TİG Birim Sorumlusu tarafından TİG'e yönelik hizmet içi eğitim verilmeli ve yapılan eğitimler kayıt altına alınmalıdır.
		GD.41.4	Sağlık tesisinde Klinik kodlamacı olarak görev yapan personel, dosya veya HBYS üzerinde a. Epikriz b. Ameliyat notları c. ASA ve Anestezi bilgileri d. Konsültasyon bilgileri e. Laboratuvar sonuçları (patoloji, görüntüleme vb.) ulaşabilmelidir.
198	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.42	Evde Sağlık Hizmetinin sunumuna yönelik düzenleme yapılmış mı?
		GD.42.1	Sağlık tesisinde evde sağlık hizmetleri biriminin Valilik onay belgesi olmalıdır.
		GD.42.2	Evde sağlık hizmetlerinin yürütülebileceği genişlikte fiziki mekân ayrılmalıdır.
		GD.42.3	Evde Sağlık Hizmet Biriminde sorumlu doktor görevlendirilmiş olmalıdır.

		GD.42.4	Evde Sağlık ve Bakım Hizmetleri kayıt ve arşiv işlemleri ile iletişim ve haberleşme işlemlerini gerçekleştirmek üzere bir tıbbi sekreter ya da uygun nitelikte bir personel görevlendirilmelidir.
		GD.42.5	Evde Sağlık Hizmetlerinde görevli personel hizmet sunumu sırasında standartları kurum tarafından belirlenen özel kıyafeti giymelidir.
199	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.1	Eczacı sayısı 4 ve daha fazla olan sağlık tesisinde eczacılar nöbet tutuyor mu?
		EH.1.1	Eczanede aktif çalışan eczacı sayısı 4 ve daha fazla olan sağlık tesislerinde eczacılar nöbet tutmalıdır.
200	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.2	MKYS'de tanımlanan sınıflandırmaya göre sağlık hizmeti sunumunda gerekli olan temel ilaç listesi ve sarf malzeme listesi oluşturulmuş mu?
		EH.2.1	Sağlık hizmeti sunumunda gerekli olan, MKYS'de tanımlanan sınıflandırmaya göre temel ilaç listesi bulunmalıdır.
		EH.2.2	Sağlık hizmeti sunumunda gerekli olan, MKYS'de tanımlanan sınıflandırmaya göre temel sarf malzeme listesi bulunmalıdır.
		EH.2.3	İhaleler temel ilaç ve sarf malzeme listesinden hazırlanmalıdır.
201	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.3	Oral ilaçların hazırlanması uygun şekilde yapılıyor mu?
		EH.3.1	Doz ayarlaması yapılması halinde (yoğun bakım, servisler, eczane vb. bölümlerde) bölünmesi gereken tabletlerde tablet kesme aparatı kullanılmalıdır.
		EH.3.2	Yutulamayan tabletleri toz haline getirmek için yoğun bakım, servisler, eczane vb. bölümlerde tablet ezme aparatı kullanılmalıdır.
202	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.4	Yatan hastalara ilaç uygulama aparatları (Ör. İnhaler uygulama aparatları gibi) konusunda bilgi veriliyor mu?
		EH.4.1	Yatan hastalara eczacı tarafından, ilk kez kullanılması ve gerekmesi halinde, özel kullanımı olan (özel bilgi gerektiren) uygulama aparatları (Ör. İnhaler uygulama aparatları gibi) hakkında bilgi verilmelidir.
203	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.5	Soğuk zincire tabi olan ilaç yönetimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Soğuk Zincir İlaçlarının Yönetim Talimatı" uygun olarak yapılıyor mu? (Soğuk zincir ilacı bulunmayan sağlık tesisleri muaf tutulmalıdır.)
		EH.5.1	Soğuk zincire tabi ilaçların listesi çalışma alanlarında tercihen duvara monte PVC kitap şeklinde olmalıdır.
		EH.5.2	Tedarikçi firma; uhdesinde kalan soğuk zincire tabi ilaçlar soğuk zincir indikatörlü etiket veya sıcaklık kaydedici dijital dereceler gibi teknolojilerle teslim etmelidir, teslim edilene kadar geçen süreçte soğuk zincirinin kırılmadığını belgelendirmelidir.

		EH.5.3	Soğuk zincire tabi ilaçlar ; Sağlık Tesisi içinde de soğuk zincirin kırılmasını engelleyecek şekilde uygun şartlarda muhafaza ve transfer edilmelidir. Muhafaza ve transferi sırasında uyarı veren dijital dereceler gibi teknolojiler kullanılmalıdır.
		EH.5.4	Dijital aktarımı sağlayan teknolojiler ile belirli periyotlarda rapor alınıp depo sorumlusu tarafından elektronik olarak arşivlenmelidir.
		EH.5.5	Stok fazlası ve ihtiyaç fazlası olarak başka bir sağlık tesisine soğuk zincire tabi ilaç gönderimi soğuk zincir indikatörlü etiket veya data logger gibi teknolojilerle yapılmalıdır.
		EH.5.6	Başka bir sağlık tesisine soğuk zincire tabi ilaç gönderimi kargo firması ile yapılıyorsa soğuk zincirin kırılması durumunda, kargo firmasına rucu edilecek şekilde kargo ile anlaşma yapılmalıdır.
204	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.6	TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Benzer Görünüşe, Okunuşa Ve Yazılışa Sahip İlaçların Yönetimi Talimatına uygun yapıyor mu?
		EH.6.1	Benzer Görünüşe, Okunuşa Ve Yazılışa Sahip İlaçların Listesi hazırlanmalı ve kullanımda olmalıdır.
		EH.6.2	Eczane deposunda görünüşü, okunuşu ve yazılışı benzer ilaçlar ile aynı ilacın farklı dozları ayrı raflarda saklanmalıdır.
205	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.7	Sağlık tesisinde ilaçlar ve tıbbi malzemelerle ilgili; tüm sağlık personellerine eczacı tarafından eğitim verilmiş mi? (Sağlık tesisinde eczacının olmadığı durumlarda Genel Sekreterlikte veya aynı birlikteki diğer bir sağlık tesisinde çalışan eczacı tarafından eğitim verilmelidir.)
		EH.7.1	İlaç ve tıbbi malzemelerle ilgili sağlık tesisinde tüm sağlık personeline eczacı tarafından eğitim planı hazırlanarak eğitim verilmeli, eğitimlerin dokümanları ve kayıtları olmalıdır.(Akılcı ilaç kullanımı, ilaç güvenliği ve özellikli birimlerde ilaç yönetimi, ilaç-ilaç etkileşimi, ilaç-besin etkileşimi, ilaç geçimsizliği, ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin soğuk zincir saklama ve transferleri, narkotik ve psikotrop ilaçların muhafazası ve kayıt altına alınması, ilaçların kaybolması, kırılması konusunda yapılacaklarla ilgili, ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin eczane iadesi, imhası, yüksek riskli ilaçların saklanması,advers etki bildirimi, bölünebilir ve ezilebilir ilaçlar, eşdeğer ilaç, ilaç infüzyon süreleri gibi konularda)
		EH.7.2	Sağlık tesisinde ilaç ve tıbbi malzeme depo sorumluluk alanlarında çalışan personele eczacı tarafından ilaç- tıbbi sarf malzeme güvenliği ve yönetimi konusunda eğitim planı hazırlanarak eğitim verilmeli, eğitimlerin dokümanları ve kayıtları olmalıdır.
		EH.7.3	Eczanede hastabaşı ilaç hazırlamada görevli personelin eğitim durumu en az lise mezunu tercihen eczane teknisyenliği sertifikalı olmalıdır.
206	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.8	İlaçlarda advers etki bildirimi ile ilgili sorumlu belirlenmiş mi ve advers etki bildirimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Advers Etki Bildirimi Talimatına uygun yapıyor mu?
		EH.8.1	Sağlık tesisindeki ilaç için farmokovijilans sorumlusu belirlenmelidir.
		EH.8.2	Advers etki bildirimine Advers Etki Bildirimi Talimatı doğrultusunda yapılmalıdır.
207	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.9	İlaç yönetimi için oluşturulmuş ikazlar HBYS firması tarafından sisteme entegre edilmiş mi?

		EH.9.1	İlaç-ilaç etkileşim tablosu hazırlanmalıdır ve HBYS'ye entegre edilmelidir.
		EH.9.2	İlaç-besin etkileşim tablosu hazırlanmalıdır ve HBYS'ye entegre edilmelidir.
		EH.9.3	Albumin kullanım ikazları HBYS'ye entegre edilmelidir. Albumin değeri 2,5 g/dL'nin üzerinde ise yapılan istem sistem tarafından engellenmelidir.
		EH.9.4	Hasta ilaçlarının talep ve onay süreci HBYS'de SUT EK-4/E de bahsi geçen Sistemik Antimikrobik ve Diğer İlaçların Reçeteleme Kuralları Listesi'ne göre yapılmalıdır ve HBYS'ye entegre edilmelidir. (Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı (EHU) onayı istenen ilaçlar listesi hazırlanmalıdır ve HBYS'ye entegre edilmelidir.)
		EH.9.5	Nutrisyonel desteğe ihtiyacı olduğu tarama testleriyle belirlenmiş hastaların nütrisyon destek tedavilerinin düzenlenmesine ilişkin algoritma oluşturulmalı ve HBYS'ye entegre edilmelidir.
		EH.9.6	Gebelikte ve emzirme-süt vermede kullanılmayacak ilaçlar listesi hazırlanıp HBYS 'e entegre edilmeli ve uyarı veren sistem oluşturulmalıdır.
		EH.9.7	Hastanın hastaneye yatış esnasında beraberinde getirdiği ilaçlar HBYS eczane modülünde görülmelidir.
		EH.9.8	Dar terapötik aralıklı ilaç listesi (Örn. varfarin, teofilin, fenitoin, digoksin, vankomisin, aminoglikozitler vb.) oluşturulmalı ve HBYS' ye entegre edilmelidir.
		EH.9.9	Kullanım süresi 6 ay kalan ilaç ve tıbbi sarf malzemeleri için HBYS uyarı vermelidir.
		EH.9.10	HBYS eczane modülünde özellikli birimlerin (acil, yoğun bakım, ameliyathane vs) ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin stok miktarları ve tutarları görülebilmelidir.
208	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.10	Hasta bekleme salonlarında ilaç kullanımları hakkında eczacı tarafından hazırlanan / onaylanan görsel, işitsel ve el broşürleri ile bilgilendirme yapıyor mu?
		EH.10.1	Hasta bekleme salonlarında ilaç kullanımları hakkında eczacı tarafından hazırlanan / onaylanan görsel, işitsel ve el broşürleri bulunmalıdır.
209	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.11	Kısmi doza konu olan ilaçların yönetimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Kısmi Doz (Yarım doz) İlaçların Yönetimi Talimatına uygun olarak yapıyor mu?
		EH.11.1	Kısmi doza (yarım doz) konu olan ilaçlar belirlenmelidir. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Kısmi Doz İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun olarak özellikli birimlerden gelen Sağlık Tesisi İçi Yarım Doz İlaç Bildirim Formları eczanede toplanmalıdır.

		EH.11.2	Servislerde kullanılmayan ilaç dozunun israfının, dozlama hatasının ve enfeksiyon riskinin önlenmesi amacıyla hazırlanan ilaçlar aseptik ortamda TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Aseptik Koşulda İlaç Hazırlama Sürecinin Yönetimine Dair Talimatına" uygun olarak hazırlanmalıdır. (Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi ve Onkoloji Hastanelerinde değerlendirilir.)
210	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.12	İlaç hazırlama ünitelerinde Birbirine karıştırılmaması gereken ilaçlar ile ilgili gerekli önlemler TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç Geçimsizliği Talimatına" uygun alınmış mı?
		EH.12.1	Eczacı tarafından Özellikle birimlerde (Acil, yoğun bakım, ameliyathane vs) ve servislerde kullanılmak üzere Geçimsiz ilaç listesi hazırlanmalıdır.
		EH.12.2	İlaç geçimsizlikleri ile ilgili görsel uyarı ve bilgilendirme dökümanları bulunmalı, geçimsizlik tespit edildiği durumlarda gerçekleştirilecek işlemler bilinmelidir.
211	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.13	Sitotoksik ilaçlar uygun ortamda hazırlanıyor mu? (Günlük sitotoksik uygulama sayısı 7 ve daha fazla olan hastanelerde değerlendirilecektir.)
		EH.13.1	Antineoplastik ilaçlar eczacıların denetim ve sorumluluğunda hazırlanmalıdır.
		EH.13.2	Antineoplastik ilaçların depolanması ve transferi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Kemoterapi Ünitesi ve Kemoterapi İlaçların Sunumuna İlişkin Talimat" doğrultusunda yapılmalıdır.
		EH.13.3	Antineoplastik ilaçların hazırlanması süreci Antineoplastik ilaçların depolanması ve transferi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Kemoterapi Ünitesi ve Kemoterapi İlaçların Sunumuna İlişkin Talimat" doğrultusunda yapılmalıdır.
		EH.13.4	Antineoplastik ilaçların uygulanması TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Kemoterapi Ünitesi ve Kemoterapi İlaçların Sunumuna İlişkin Talimat" doğrultusunda yapılmalıdır.
		EH.13.5	Hazırlama ortamında ilaç dökülmesi ya da kazalar gibi acil durumlarda yapılması gereken işlemler TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Kemoterapi Ünitesi ve Kemoterapi İlaçların Sunumuna İlişkin Talimat" doğrultusunda yapılmalıdır.
		EH.13.6	Kemoterapi ünitesinde çalışan personel, çalışan güvenliğini tehdit etmeyecek uygun ortamda ve kişisel koruyucu ekipman kullanarak TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Kemoterapi Ünitesi ve Kemoterapi İlaçların Sunumuna İlişkin Talimat" doğrultusunda çalışmalıdır.
		EH.13.7	Antineoplastik ilaçların atık yönetimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Kemoterapi Ünitesi ve Kemoterapi İlaçların Sunumuna İlişkin Talimat" doğrultusunda yapılmalıdır.

		EH.13.8	Sağlık tesisinde sitotoksik ilaçların hazırlandığı kabinlerin kontrolleri yılda iki kez yapılmalıdır. Sağlık tesisi dışında hazırlanan sitotoksik ilaçlar için sürecin yılda iki kez kontrollerinin yapıldığına dair kayıt bulunmalıdır.
212	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.14	TPN Dolum ünitelerinde (compounder) solüsyon hazırlanması, depolanması ve saklanması uygun koşullarda yapılmakta mı?
		EH.14.1	TPN solüsyonları eczacıların denetim ve sorumluluğunda hazırlanmalıdır.
		EH.14.2	Temel beslenme ürün listesi hazırlanmalıdır.
		EH.14.3	TPN Dolum ünitesi (compounder) hazırlama bölümü özellikleri TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "TPN Ünitesi ve Solüsyonlarına Yönelik Talimata" uygun olmalıdır.
		EH.14.4	TPN Solüsyonu istemlerin kabulü, hazırlama bölümünde dolumun yapılması ve teslimatı TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "TPN Ünitesi ve Solüsyonlarına Yönelik Talimata" uygun yapılmalıdır.
		EH.14.5	TPN Ünitesi mikrobiyolojik kontrolleri TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "TPN Ünitesi ve Solüsyonlarına Yönelik Talimata" uygun yapılmalıdır.
		EH.14.6	TPN hazırlama sürecinde stabilite ve geçimlilik TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "TPN Ünitesi ve Solüsyonlarına Yönelik Talimata" uygun olmalıdır.
		EH.14.7	TPN solüsyonların servis/ünitede saklanması TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "TPN Ünitesi ve Solüsyonlarına Yönelik Talimata" uygun olmalıdır.
		EH.14.8	TPN Solüsyonu ile ilaç etkileşimleri TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "TPN Ünitesi ve Solüsyonlarına Yönelik Talimata" uygun olmalıdır.
		EH.14.9	TPN solüsyonlarının takılması TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "TPN Ünitesi ve Solüsyonlarına Yönelik Talimata" uygun olmalıdır.
		EH.14.10	TPN'de kullanılan tıbbi malzemeler TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "TPN Ünitesi ve Solüsyonlarına Yönelik Talimata" uygun olmalıdır.
		EH.14.11	Periyodik bakım ve kalibrasyonlar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "TPN Ünitesi ve Solüsyonlarına Yönelik Talimata" uygun olmalıdır.
		EH.14.12	Hazırlama bölümünün temizliği temiz oda dolum öncesi dezenfeksiyonu ve temiz oda haftalık dezenfeksiyonu TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "TPN Ünitesi ve Solüsyonlarına Yönelik Talimata" uygun olmalıdır.

		EH.14.13	Hazırlama bölümünde görevlendiren personel TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "TPN Ünitesi ve Solüsyonlarına Yönelik Talimata" uygun olmalıdır.
213	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.15	Yüksek riskli ilaçların yönetimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Yüksek Riskli İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun yapılıyor mu?
		EH.15.1	Yüksek riskli ilaç listesi hazırlanmalı, liste tüm kullanım alanlarında bulunmalıdır.
		EH.15.2	Diğer ilaçlardan farklı bir alanda muhafaza edilmelidir. Yüksek riskli ilaçların muhafaza edileceği alanlar dikkat çekmek amacı ile kırmızı renkle belirginleştirilmelidir.
214	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.16	Acil Sevis, Yoğun Bakım, Ameliyathane, Anestezi, Özellikli (Kemoterapi ünitesi, Nükleer Tıp, TPN Üniteleri vb...) birimlere ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin çıkışı TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme Deposundan Özellikli Birimlere Çıkış Talimatına" uygun yapılıyor mu?
		EH.16.1	İlaç deposundan; Acil Sevis, Yoğun Bakım, Ameliyathane, Anestezi, Özellikli (Kemoterapi ünitesi, Nükleer Tıp, TPN Üniteler vb.) birimlere ilaç ve farmakolojik ürünlerin Taşınır Mal Yönetmeliğinde belirtilen miktarda çıkışı olmalıdır.
		EH.16.2	Belirtilen birimlere yapılan toplu ilaç çıkışlarının taşınır işlem fişleri; ilgili birim sorumlusuna imzalatılıp, dosyalanmalıdır.
		EH.16.3	Eczacı tarafından Taşınır Mal Yönetmeliğinde belirtilen miktarda, ilaç ve tıbbi sarf malzeme çıkışı yapılan birimlerde belirli aralıklarla stok miktarları kontrol edilmelidir.
215	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.17	HBYS üzerinden servislerden istemi yapılan hasta tabelalarındaki ilaçlar; hasta taburcu olduğunda, ex olduğunda, başka kuruma sevk edildiğinde veya lüzum halindekiler kullanılmadığı zaman 24 saat içinde ilgili birim sorumlusu tarafından ilaç iade formu doldurularak TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İade Talimatına uygun eczaneye iade ediliyor mu?
		EH.17.1	HBYS üzerinden, servislerden istemi yapılan hasta tabelalarındaki ilaçlar; hasta taburcu olduğunda, ex olduğunda, başka kuruma sevk edildiğinde veya lüzum halindekiler kullanılmadığı zaman 24 saat içinde ilgili birim sorumlusu tarafından hasta bazlı olarak ,ilaç iade formu doldurularak eczaneye iade edilmeli ve formlar karşılıklı imzalanıp saklanmalıdır.Hasta başına iade işlemi HBYS eczane modülünde gerçekleştiriliyorsa, iade bilgilerini içeren form çıktı olarak alınıp, karşılıklı imzalanabilir.
216	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.18	İlaç ve tıbbi sarf malzemelerin imhası TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İmha Talimatı" doğrultusunda gerçekleştiriliyor mu?
		EH.18.1	İlaç ve tıbbi sarf malzemelerin imhası TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İmha Talimatı" doğrultusunda gerçekleştirilmelidir.

217	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.19	İlaçların kırılması ve kaybolması yönelik düzenlemeler uygun şekilde yapılıyor mu?
		EH.19.1	İlaçların kırılması, kaybolması durumunda TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaçların Kırılması ve Kaybolması Durumunda Yapılacaklar İle İlgili Talimat" doğrultusunda gerçekleştirilmelidir.
218	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.20	Narkotik(Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaç yönetimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Narkotik ve Psikotrop İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun şekilde yapılıyor mu?
		EH.20.1	Narkotik(Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçlara erişimin kısıtlanarak uygun şekilde saklanmalıdır.
		EH.20.2	Narkotik(Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçların kırılması, kaybolması veya miadının geçmesi durumunda Narkotik ve Psikotrop İlaçların Yönetimi Talimatına uygun hareket edilmelidir.
		EH.20.3	Narkotik(Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçların kullanılmayan kısmı / yarım dozları takip edilmelidir. Yarım kalması durumunda Narkotik ve Psikotrop İlaçların Yönetimi Talimatına uygun hareket edilmelidir.
		EH.20.4	Yazılı düzenlemeye Narkotik(Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaç kullanımı olan tüm birimlerden ulaşılabilmelidir.
219	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.21	İlaç ve Tıbbi Sarf Malzemelerin minimum, maximum ve kritik stok seviyeleri belirlenmiş mi?
		EH.21.1	İlaç ve Tıbbi Sarf Malzemelerin minimum, maximum ve kritik stok seviyeleri belirlenip, HBYS sistemine girişi yapılmalıdır.
		EH.21.2	Minimum ve kritik stok seviyesine geldiğinde HBYS sistemi uyarı vermelidir.
220	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.22	İlaçların eczaneden çıkışı TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Hasta Bazlı İlaç Çıkış Talimatına uygun olarak yapılıyor mu?
		EH.22.1	İlaçlar eczanede her hasta için ayrı olacak şekilde paketlenmiş olmalıdır.
		EH.22.2	Paket üzerinde ilaçların adı, dozu, son kullanma tarihi ve hasta bilgisi belirtilmiş olmalıdır
		EH.22.3	Hasta bazlı ilaç hazırlama alan ve koşulları oluşturulmalıdır.
		EH.22.4	Majistral ilaçlar kodekse uygun şartlarda ve oranlarda çalışılarak, ilgili ilaçlar ayrı bir bölümde hazırlanmalıdır. Bu işlem için kullanılan terazi, havan, erlenmayer, beher, spatül, huni, steril enjektör vb. malzemeler ilgili mevzuat hükümlerince düzenli olarak kontrol edilmelidir. Hazırlanan majistralin kullanım şekline göre etiketleme yapılmalıdır.(Majistral ilaç hazırlanmıyorsa muaftır.)
		EH.22.5	Hasta adına hazırlanmış ilaçlar servislerden gelen sağlık personeline teslim edilirken kayıt altına alınmalıdır.
221	MEDİKAL DEPO	MD.1	Tüm Medikal Depo Hizmetleri'ne ilişkin organizasyon yapısı ve iletişim kanalları belirlenmiş mi?
		MD.1.1	Tüm Medikal Depo Hizmetlerine ilişkin mevzuata uygun organizasyon yapısı bulunmalıdır.
		MD.1.2	Bu organizasyon yapısında, sağlık tesisi, genel sekreterlik ve kurum başkanlığı dahilinde iletişim kanalları bulunmalıdır.

222	MEDİKAL DEPO	MD.2	Tıbbi Sarf malzemelerin MKYS veri girişlerinde doğru sınıflandırma tanımı seçiliyor mu?
		MD.2.1	Tıbbi Sarf malzemelerin MKYS veri girişlerinde doğru sınıflandırma tanımı seçilmelidir.
223	MEDİKAL DEPO	MD.3	Faturada TİTUBB (Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Ulusal Bilgi Bankası) barkod ve etiket adı, seri/lot numaraları, SUT kodu mevcut mu?
		MD.3.1	Medikal malzemelerin faturalarında TİTUBB (Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Ulusal Bilgi Bankası) barkodu ve etiket adı, seri / lot numaraları, geri ödeme listesinde bulunuyorsa SUT kodu bulunmalıdır
224	MEDİKAL DEPO	MD.4	Tıbbi sarf malzemelerde beklenmeyen etkilerin ve hatalı ürünlerin takip edilmesi ile ilgili sorumlu belirlenmiş ve TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Olumsuz Olay Bildirim Talimatı doğrultusunda yapılıyor mu?
		EH.4.1	Sağlık tesisindeki tıbbi sarf malzemeler için materyovijilans sorumlusu belirlenmelidir.
		EH.4.2	Medikal malzemelerden kaynaklanan olumsuz olayların uyarı sistemine bildirimini TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Olumsuz Olay Bildirim Talimatına uygun yapılmalıdır.
225	MEDİKAL DEPO	MD.5	Tüm medikal depo malzemelerinin muayene ve mal kabul işlemleri TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Medikal Depo Mal Kabul Talimatına göre yapılıyor mu?
		EH.5.1	Mal kabul işlemlerinden önce muayene süreci uygun şekilde tamamlanmalıdır.
		EH.5.2	Mal kabul sırasında sayımı depo sorumlusu yapmalıdır.
226	MEDİKAL DEPO	MD.6	Medikal depoda stok düzeyi iki ayın (60 gün) altında mı?
		MD.6.1	Medikal depoda stok düzeyi iki ayın (60 gün) altında olmalıdır.
227	MEDİKAL DEPO	MD.7	Medikal depolarda bulunan tehlikeli maddelerin yönetimi uygun şekilde gerçekleştiriliyor mu?
		MD.7.1	Tehlikeli maddelerin listesi tercihen duvara monte PVC kitap şeklinde olmalıdır.
		MD.7.2	Tehlikeli maddelerin depolanması ve taşınması TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Tehlikeli Madde Yönetimi Talimatına" uygun gerçekleştirilmelidir.
		MD.7.3	Tehlikeli maddelerin üzerinde tehlikeli madde sınıfını gösteren etiketler bulunmalıdır.
		MD.7.4	Tehlikeli maddelerin dökülmesi saçılması durumunda yapılacaklar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Tehlikeli Madde Yönetimi Talimatına" uygun gerçekleştirilmelidir.
		MD.7.5	Tehlikeli maddelere maruz kalınması durumunda yapılacaklar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Tehlikeli Madde Yönetimi Talimatına" uygun gerçekleştirilmelidir.

228	MEDİKAL DEPO	MD.8	Medikal depolar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Medikal Depo Fiziki Standartları Talimatına uygun fiziki koşullara sahip mi?
		MD.8.1	Yer, duvar ve tavanları su geçirmez, temizlenebilir, rutubet önleyici ve dayanıklı malzemeye kaplanmış, boyanmış olmalıdır.
		MD.8.2	Depolardaki atık su boruları açıkta görülmecek şekilde kapatılarak yalıtımı yapılmalıdır.
		MD.8.3	Depoda bulunan malzemelerin duvar ve zemin ile teması bulunmamalıdır.
		MD.8.4	Raf sistemi bulunan depolarda; rafların birbirine ve duvara sabitlenmiş olması gerekmektedir.
		MD.8.5	Haşerelere karşı önlem alınmalıdır.
		MD.8.6	Aydınlatma yeterli olmalıdır. (TS EN 12464'e göre depo alanı 100 lüks, depo sorumlusu odası 500 lüks)
		MD.8.7	Periyodik temizlik ve bakım kontrolleri yapılmalıdır. Temizlik ve bakım kontrol formları depo sorumlusunda bulunmalıdır.
		MD.8.8	Medikal depo alanları yeterli havalandırmaya sahip olmalı ve yeterli iklimlendirme sağlanmalıdır.
		MD.8.9	Medikal Depo alanlarında yerleşim planı bulunmalıdır.
		MD.8.10	Depo, sağlık tesisinin ihtiyacını karşılayacak yeterlilikte fiziki yapıya sahip olmalıdır.
		MD.8.11	Medikal depoların temizliği, depo sorumlusunun belirlediği temizlik kurallarına göre temizlik personeli tarafından günlük olarak yapılmalıdır.
229	MEDİKAL DEPO	MD.9	Depoların güvenliğini sağlamak amacıyla gerekli düzenlemeler yapılmış mı?
		MD.9.1	Hırsızlık için gerekli tedbirler alınmalıdır.
		MD.9.2	Yangın tehlikesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.
		MD.9.3	Deprem, su basması ve sel felaketlerine karşı gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.
		MD.9.4	Elektiğe bağlı yaşanacak olumsuzluklara karşı gerekli tedbirler alınmalıdır. (Elektrik kablosu gibi açıkta aktif kaynak bırakmamak vb.)
230	MEDİKAL DEPO	MD.10	Medikal depolarda ilaç ve tıbbi malzemeler uygun koşullarda saklanıyor mu?
		MD.10.1	Medikal depolarda ilaçlar uygun sıcaklıkta ve nem koşullarında saklanmalıdır.
		MD.10.2	Medikal depolardaki tıbbi malzemeler uygun sıcaklıkta ve nem koşullarında saklanmalıdır.
		MD.10.3	Medikal depolarda, sıcaklık ve nemin referans değerler aralığında bulunmaması halinde, ilgili yetkiliye uyarı veren USP girişli dijital dereceler yoluyla gerçek zamanlı olarak bilgilendirme yapılmalıdır. USP girişi olan dijital dereceden belirli periyotlarda rapor alınıp depo sorumlusu tarafından imzalanıp arşivlenmelidir.

		MD.10.4	Soğuk zincire tabi ilaçlar ve tıbbi sarf malzemeler, soğuk zincirin kırılmasını engelleyecek şekilde TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Soğuk Zincir İlaçlarının Yönetim Talimatı" doğrultusunda uygun şartlarda muhafaza edilmelidir. Muhafaza sırasında uyarı veren dijital dereceler kullanılmalıdır. Dijital aktarımı sağlayan teknolojiler ile belirli periyotlarda rapor alınıp elektronik olarak arşivlenmelidir. (Soğuk zincire tabi ilaç veya tıbbi sarf malzeme bulunmayan depolar muaf tutulacaktır.)
		MD.10.5	Işıktan korunması gereken ilaç ve tıbbi malzeme listesi hazırlanarak saklanması TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Işıktan Korunması Gereken İlaçlarla İlgili Talimatına uygun yapılmalıdır.
231	MEDİKAL DEPO	MD.11	İlaç ve tıbbi sarf malzemelerin miktar ve miad yönetimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Miktar ve Miad Kontrol Talimatına uygun olarak yapılıyor mu? (ilaç, tıbbi sarf vb.)
		MD.11.1	Kamu idaresi ile yüklenici arasında imzalanan mal alımına ilişkin sözleşmede (Teknik şartnamede) kullanım süresi 3 ay kalan tüm medikal malzemelerin bildirimleri yapılmalıdır.
		MD.11.2	Kamu idaresi ile yüklenici arasında imzalanan mal alımına ilişkin sözleşmede (Teknik şartnamede) kullanım süresi dolan veya dolmak üzere olan tüm medikal malzemeler fiyat farkı veya ek bir maliyet talep edilmeden değiştirilmelidir.
		MD.11.3	Miad yenileme yapılırken tüm medikal malzemeler MKYS üzerinden "Miad Uzatımı Çıkış" işlem türü ile yüklenici firmaya çıkışı yapılmalıdır. Yükleniciden gelen uzun miadlı malzemelerde "Miad Uzatımı Giriş" işlemi ile kayıtlara alınmalıdır.
		MD.11.4	Tüm medikal depo malzemeleri için miktar ve son kullanma tarihi yakın olanın daha önce kullanılmasını sağlamak için gerekli tedbirler alınmalıdır.
232	AYNİYAT DEPO	AD.1	Sağlık tesisinin tüm depolarında yapılan işlemlerin (giriş, çıkış, aylık tüketim bildirimi vb.) taşınır işlem fişleri Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemi'nden alınıyor mu?
		AD.1.1	Sağlık tesisinin tüm depolarında (ayniyat, biyomedikal, medikal depolar vb.) yapılan giriş, çıkış, devir, hurda, zimmet vb. işlemlerin taşınır işlem fişleri HBYS'den değil, MKYS'den alınmış olmalıdır.
		AD.1.2	Taşınır işlem fişlerinin teslim eden ve teslim alan kısımları imzalı olarak dosyalanmalıdır.
233	AYNİYAT DEPO	AD.2	Ayniyat dayanaklı taşınır depolarında yapılan her türlü H.E.K. işlemleri yönetmeliklere uygun yapılıyor mu?
		AD.2.1	Hurda komisyon raporu (durum tespit raporu) ve kayıttan düşme teklif onay tutanakları düzenlenmiş, komisyon tarafından imzalanmış olmalıdır.
		AD.2.2	Düzenlenen taşınır işlem fişlerinin teslim eden ve teslim alan kısımları imzalı olmalıdır.
		AD.2.3	Amortisman çıkış belgeleri düzenlenmiş ve ilgili saymanlıklara bildirilmiş olmalıdır.
234	AYNİYAT DEPO	AD.3	Ayniyat depolarına girişi yapılacak malzemelerin muayene kabul ve hizmet ifa tutanakları ayniyat depolarından sorumlu Taşınır Kayıt Kontrol Yetkilisi'nin gözetiminde düzenleniyor mu?

		AD.3.1	Ayniyat depolarına girişi yapılacak malzemelerin muayene kabul, hizmet ifa vb. işlemlerin tutanaklarında ayniyat depolarından sorumlu Taşınır Kayıt Kontrol Yetkilisi bulunmalı yada gözetiminde yapılmalıdır.
235	AYNİYAT DEPO	AD.4	Taşınır Kayıt ve Kontrol Yetkilileri'ne yönelik eğitimler verilerek; eğitim planı, talimatı ve eğitim dökümanları oluşturulmuş mu?
		AD.4.1	Sağlık tesisinin tüm depolarında görevli Taşınır Kayıt Kontrol Yetkilileri'ne; Taşınır Mal Yönetmeliği'ne uygun olarak mevzuat, MKYS iş ve işlemleri hakkındaki eğitimler, genel sekreterliklerde görevli İl Konsolide Yetkilisi tarafından verilmelidir.
		AD.4.2	Eğitimin planı ve içeriği hakkında dökümanlar bulunmalı, katılımcılar hakkında kayıtlar olmalıdır.
236	AYNİYAT DEPO	AD.5	Teknik servis dökümanlarında ayniyat dayanıklı taşınırlara ait sicil veya seri numaraları üzerinden işlem yapılıyor mu?
		AD.5.1	Ayniyat dayanıklı taşınırlara uygulanan bakım, onarım vb. işlemler için düzenlenen teknik servis formlarında, ilgili dayanıklı taşınırlara ait sicil, seri veya künye numarası bulunmalıdır.
237	AYNİYAT DEPO	AD.6	Sağlık tesisindeki bağış ve hibe işlemleri ilgili yönetmeliğe göre yapılıyor mu?
		AD.6.1	Sağlık tesisi yöneticisi tarafından bağış yapan kişinin dilekçesi uygun görölmüş olmalıdır.
		AD.6.2	Fiyatı belgelendirilmemiş (fatura vb.) bağışlar için değer tespit komisyonu tarafından tutarlar belirlenmiş olmalıdır.
		AD.6.3	Bağış yapılan malzemeler için düzenlenen taşınır işlem fişleri ilgili saymanlığa ve bir nüshasında bağışı yapan kişiye gönderilmelidir.
238	AYNİYAT DEPO	AD.7	Sağlık tesisi depolarında yapılan tüketimlerin, çıkış bildirimleri ilgili dönemlerde saymanlıklara yapılıyor mu?
		AD.7.1	Tüm depolarda yapılan döner sermaye tüketim çıkış bildirimleri birer aylık dönemlerde ilgili saymanlıklara gönderilmelidir.
		AD.7.2	Tüm depolarda yapılan genel bütçe tüketim çıkış bildirimleri üçer aylık dönemlerde ilgili mal müdürlüklerine gönderilmelidir.
239	AYNİYAT DEPO	AD.8	Kişi veya ortak kullanıma verilen zimmet tutanakları mevcut mu?
		AD.8.1	Kişi veya ortak kullanıma verilen zimmet tutanakları, karşılıklı imzalandıktan sonra bir nüshası zimmet sahibine teslim edilmelidir.
		AD.8.2	Kişi veya ortak kullanıma verilen zimmetler güncel olmalı ve zimmet tutanakları dosyalanmalıdır.
240	AYNİYAT DEPO	AD.9	Satınalma, devir, hibe vb. giriş işlem TİF'leri düzenlendikten sonra en geç 10 gün içerisinde muhasebeleştiriliyor mu?
		AD.9.1	Muayene kabul tarihinden itibaren en geç 10 gün içerisinde taşınır işlem fişi düzenlenerek, bir nüshası ödeme emri belgesi ekinde muhasebe birimine gönderilmelidir.

		AD.9.2	TDMS/Raporlar/Performans Tabloları/Taşınır ve Hizmet Muhasebeleştirme Gün Süresi ekranından, muhasebeleştirme sürelerinin kontrolü yapılmalıdır.
241	AYNİYAT DEPO	AD.10	Tüm depolarda yapılan işlemlerin (giriş, çıkış vb.) ilgili dönemlerde MKYS/TDMS VE MKYS/KBS hesap uyumlulukları sağlanıyor mu?
		AD.10.1	Saymanlıklara bildiri yapılan döner sermaye hesaplarının, aylık olarak MKYS/TDMS hesap uyumluluğu sağlanmış olmalıdır.
		AD.10.2	Defterdarlık veya Malmüdürlüğü'ne bildiri yapılan genel bütçe hesaplarının, üçer aylık dönemlerde MKYS/KBS hesap uyumluluğu sağlanmış olmalıdır.
242	AYNİYAT DEPO	AD.11	Sağlık tesisinin tüm depolarında (aynıyat, biyomedikal, medikal vb.) yapılan düzeltme işlemleri farklarının kontrolü yapıp, düzeltme işlemi TİF'leri muhasebe birimine gönderiliyor mu?
		AD.11.1	Tüm depolarda yapılan düzeltme işlemlerinde, tutar farkı olmamalıdır.
		AD.11.2	Yapılan düzeltme işlemlerinde 2. düzey hesap kodlarına kadar değişiklik yapıyor ise; düzeltme taşınır işlem fişleri ve dayanıklı taşınırlar için düzenlenen amortisman çıkış belgeleri ilgili saymanlıklara bildirilmelidir.
243	AYNİYAT DEPO	AD.12	Sağlık tesisinin tüm depolarında (aynıyat, biyomedikal, medikal vb.) yapılan ambarlar arası devir çıkış ve giriş işlemlerinde; taşınır kodları, tutar ve miktarlar uyumlu mu?
		AD.12.1	Tüm depolarda yapılan ambarlar arası devir işlemlerinde, miktar ve tutar farkı olmamalıdır.
		AD.12.2	Sağlık tesisi içinde yapılan ambarlar arası devir çıkış ve giriş işlemleri için düzenlenen Taşınır İşlem Fişlerinde taşınır kodları, miktar ve tutarlar aynı olmalıdır.
244	AYNİYAT DEPO	AD.13	Sağlık tesisinin tüm depolarında (aynıyat, biyomedikal, medikal vb.) stoğu eksiye düşen malzemelerin kontrolü yapılıyor mu?
		AD.13.1	Tüm depolarda yapılan işlemler sonucunda, eksi stoğa düşen malzeme bulunmamalıdır.
245	AYNİYAT DEPO	AD.14	Sağlık tesisinin tüm depolarında (aynıyat, biyomedikal, medikal vb.) yapılan giriş işlemlerinin, MKYS'de depo kayıtları oluşturulmuş mu?
		AD.14.1	Sağlık tesisinin tüm depolarında, depo kaydı oluşturulmayan giriş işlem türü bulunmamalıdır. Girişi yapılan taşınırların depo kayıtları oluşturulmuş olmalıdır.
246	AYNİYAT DEPO	AD.15	Ayniyat dayanıklı taşınırlar teknik hizmet kapsamında sağlık tesisi dışına çıkarıldığında, MKYS/Malzeme İşlemleri Ekranı'ndan emanet çıkış ve emanet iade işlemi yapılıyor mu?
		AD.15.1	Ayniyat dayanıklı taşınırlar (bakım, onarım vb.) sağlık tesisi dışına çıkarıldığında, MKYS'den emanet çıkışı yapılmalı, emanet çıkış işlemine ait taşınır işlem fişleri teslim eden ve teslim alan tarafından imzalanmalıdır.
		AD.15.2	Ayniyat dayanıklı taşınırlar sağlık tesisine geri iade edildiğinde, MKYS'den emanet iade işlemi yapılmalı, emanet iade işlemine ait taşınır işlem fişleri teslim eden ve teslim alan tarafından imzalanmalıdır.
247	AYNİYAT DEPO	AD.16	Özellikli sağlık araçlarındaki tıbbi donanımların ilgili depoya kaydı yapıldıktan sonra, sağlık aracının ilk kayıtlı değeri düzeltilerek MKYS'de yeniden kayıt altına alınıyor mu?

		AD.16.1	Özellikli sağlık araçlarındaki dayanıklı taşınırın fiyat tespit komisyonu tarafından tutarları belirlenmiş olmalıdır.
		AD.16.2	Dayanıklı taşınırın, düzeltme giriş işlemi ile belirlenen tutar kadar ilgili depoya kaydı yapılmış olmalıdır
		AD.16.3	Sağlık aracı düzeltme çıkış işlemi ile kayıtlardan çıkartıldıktan sonra, girişi yapılan dayanıklı taşınırın tutarı kadar, aracın daha önceki kayıtlı bedelinden düşüm yapılarak, düzeltme giriş işlemi ile ayniyat depoda yeniden kayıt altına alınmış ve saymanlığa bildirimi yapılmış olmalıdır
248	AYNİYAT DEPO	AD.17	Sağlık tesisi bünyesinde kullanılan taşıtların Ulaşım Araçları Ekranına veri girişleri yapılıyor mu?
		AD.17.1	Ayniyat demirbaş depo 254- Taşıtlar Grubu Hesap Kodu'nda kayıtlı araçların MKYS/Ulaşım Araçları/Demirbaş Ekranı'na veri girişleri yapılmalıdır.
		AD.17.2	Sağlık tesisi hizmet satınalma şartnamesinde belirtilen araçların MKYS/Ulaşım Araçları/Hizmet Alım Ekranı'na veri girişleri yapılmalıdır.
249	AYNİYAT DEPO	AD.18	Ayniyat dayanıklı taşınır depo hesap kodlarında kayıtlı olan ancak ayniyat dayanıklı taşınır niteliğinde olmayan malzemelerin uygun depolara devirleri yapılmış mı ?
		AD.18.1	Ayniyat dayanıklı taşınır depo hesap kodlarında (eski pasif kodlar) kayıtlı olan, ancak şuan ayniyat dayanıklı taşınır niteliğinde olmayan malzemelerin, yeni kodlarda takibi için uygun depolara devirleri yapılmalıdır.
250	AYNİYAT DEPO	AD.19	Ayniyat dayanıklı taşınırın üzerinde malzeme bilgilerini gösteren etiketler mevcut mu?
		AD.19.1	Sağlık tesisi içerisinde yer alan ayniyat dayanıklı taşınırın üzerinde malzeme adı, sicil, seri veya künye numaralarını gösteren güncel etiketler bulunmalıdır.
251	AYNİYAT DEPO	AD.20	Ayniyat depo alanları uygun fiziki koşullara sahip mi?
		AD.20.1	Duvar ve tavanlar rutubet önleyici ve dayanıklı malzemeyle boyanmış, zeminler temiz olmalıdır.
		AD.20.2	Depolardaki boruların (atık su, kalorifer vb.) yalıtımı yapılmalıdır.
		AD.20.3	Depo raflarında bulunan malzemelerin duvar ve zemin ile teması bulunmamalıdır.
		AD.20.4	Depoda bulunan raf sistemlerinde devrilmeye karşı gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.
		AD.20.5	Haşerelere karşı önlemler alınmalıdır.
		AD.20.6	Depo, hastane ihtiyacını karşılayacak yeterlilikte fiziki yapıya sahip olmalıdır.
		AD.20.7	Depolarda güncel malzeme yerleşim listesi ve krokiler bulunmalıdır.

252	AYNİYAT DEPO	AD.21	Depoların güvenliğini sağlamak amacıyla gerekli düzenlemeler yapılmış mı?
		AD.21.1	Hırsızlık için (kamera, demir parmaklık vb.) gerekli tedbirler alınmalıdır.
		AD.21.2	Yangın tehlikesi için (yangın söndürme sistemi, yangın tüpleri vb.) gerekli tedbirler alınmalıdır.
		AD.21.3	Deprem, su basması ve sel felaketlerine karşı (logar, bariyer, tahliye kanalı vb.) gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.
		AD.21.4	Elektriğe bağlı yaşanacak tehlikelere karşı priz ve anahtarlar kırık, kablolar açıkta olmamalıdır.
253	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.1	Klinik Mühendislik Hizmetleri görev ve sorumluluk alanlarında kullanılan yazılımlar Kayıt Tescil Sistemi (KTS)'nde KMBYS olarak aktif mi?
		KM.1.1	Klinik Mühendislik Hizmetleri görev ve sorumlulukları alanında kullanılan yazılımlar Kayıt Tescil Sistemi'nde KMBYS olarak aktif olmalıdır.
254	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.2	Biyomedikal dayanıklı taşınırın üzerinde, MKYS'de yer alan bilgilerin olduğu kare kodu içeren etiket mevcut mu?
		KM.2.1	Sağlık tesislerinde bulunan kullanım yerlerinde bulunan tüm biyomedikal dayanıklı taşınırın üzerinde, MKYS'de yer alan bilgilerin olduğu kare kod içeren etiket olmalıdır.
		KM.2.2	Dayanıklı taşınırın üzerinde bulunan kare kod içeren etiketler, kare kod etiket okutucular ile okutulduğunda gelen bilgiler dayanıklı taşınır bilgileri ile uyumlu olmalıdır.
255	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.3	MKYS'de Dayanıklı Taşınır Envanter Yönetimi Ekranı üzerinden girilen veri girişleri doğru şekilde yapılıyor mu?
		KM.3.1	Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (acil, poliklinik, laboratuvar, servis, ameliyathane, yoğun bakım, görüntüleme, sterilizasyon, özellikli üniteler, ilaç hazırlama üniteleri) bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırın MKYS'de Dayanıklı Taşınır Envanter Yönetimi Ekranı üzerinden girilen idari ve teknik veri girişleri doğru şekilde yapılmalıdır.
256	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.4	Tedarik edilen biyomedikal dayanıklı taşınır ve tüketim malzemelerine yönelik muayene - kabul, hizmeti ifa ve teslim tutanakları uygun şekilde düzenleniyor mu?
		KM.4.1	Hizmet alımı haricinde bir yolla temin edilen biyomedikal dayanıklı taşınırın muayene - kabul ve teslim tutanaklarında en az bir Klinik Mühendislik Hizmetleri Birim personeli ve/veya Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt Kontrol Yetkilisi komisyon üyesi olmalıdır.
		KM.4.2	Temin edilen biyomedikal tüketim malzemelerinin teslim tutanaklarında en az bir Klinik Mühendislik Hizmetleri Birim personeli ve/veya Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt Kontrol Yetkilisi komisyon üyesi olmalıdır.
		KM.4.3	Hizmet alım yoluyla temin edilen biyomedikal dayanıklı taşınırın hizmeti ifa tutanaklarında en az bir Klinik Mühendislik Hizmetleri Birim personeli ve/veya Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt Kontrol Yetkilisi komisyon üyesi olmalıdır.

		KM.4.4	Sahibi olunan biyomedikal dayanıklı taşınırlara uygulanan biyomedikal teknik hizmetlerin (bakım, onarım, metroloji, kurulum gibi) hizmeti ifa tutanaklarında en az bir Klinik Mühendislik Hizmetleri Birim personeli ve/veya Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt Kontrol Yetkilisi komisyon üyesi olmalıdır.
257	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.5	Biyomedikal dayanıklı taşınırlara yönelik kullanıcı eğitimleri veriliyor mu?
		KM.5.1	Sağlık tesislerinde kullanılan biyomedikal dayanıklı taşınırlara, kullanıcı eğitimi verildiğine dair kayıtlar ilgili birimlerde / eğitim birimlerinde bulunmalıdır.
		KM.5.2	Klinik Mühendislik Hizmetleri Biriminde sağlık personeline biyomedikal dayanıklı taşınırların kullanımına yönelik verilen eğitimlerin dokümanları bulunmalıdır.
258	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.6	Biyomedikal dayanıklı taşınırların aktif, pasif ve arızada kalma süreleri kayıt altına alınıyor mu?
		KM.6.1	Demirbaş niteliğindeki biyomedikal dayanıklı taşınırların aktif, pasif ve arızada kalma süreleri kayıt altına alınmalıdır.
		KM.6.2	Biyomedikal dayanıklı taşınırlara ait aktif, pasif, arızalı durumu MKYS’de güncel olmalıdır.
259	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.7	Sözleşme kapsamındaki biyomedikal dayanıklı taşınırların %95 aktif çalışma (uptime) süreleri ile ilgili hükümler sözleşmelerde mevcut mu?
		KM.7.1	Sözleşme (bakım,onarım vb.) kapsamındaki biyomedikal dayanıklı taşınırların %95 aktif çalışma (uptime) süreleri ile ilgili hükümler sözleşmelerde mevcut olmalıdır.
		KM.7.2	Satın alınan biyomedikal dayanıklı taşınırların garanti sözleşmelerinde %95 aktif çalışma (uptime) süreleri ile ilgili hükümler bulunmalıdır.
		KM.7.3	Sözleşme kapsamındaki biyomedikal dayanıklı taşınırların aktif, pasif ve arızada kalma süreleri kayıt altına alınmalıdır.
260	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.8	Özellikli biyomedikal dayanıklı taşınırlara yönelik elektrik dalgalanmaları ve şebeke kesintilerine karşı tedbir alınmış mı?
		KM.8.1	Sağlık tesislerinde bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırlar için kullanılan tüm jeneratör ve kesintisiz güç kaynaklarına yönelik "Elektrik Dalgalanmaları ve Şebeke Kesintilerine Karşı Kullanım, Periyodik Bakım, Acil Müdahale Plan ve Prosedürü"ne uygun iş ve işlemler yürütülmelidir.
		KM.8.2	Sağlık tesislerinde bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırlar için kullanılan tüm jeneratör ve kesintisiz güç kaynaklarının günlük ve aylık bakımları yapılmalı, bu bakımların yapıldığına dair kayıtlar bulunmalıdır.
261	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.9	Faydalı ömrünü tamamlamış biyomedikal dayanıklı taşınırların HEK'e ayrılması, kullanılamaz hale gelen biyomedikal tüketim malzemelerinin ise kullanım dışı bırakılmasında Biyomedikal Dayanıklı Taşınırların HEK'e Ayrılması Talimatı ve Biyomedikal Tüketim Malzemelerinin Kullanım Dışı Bırakılması Talimatı'na uygun işlem yapılıyor mu?
		KM.9.1	Faydalı ömrünü tamamlamış biyomedikal dayanıklı taşınırların HEK’e ayrılmasına yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır.
		KM.9.2	Faydalı ömrünü tamamlamış biyomedikal dayanıklı taşınırların HEK’e ayrılması işlemi Biyomedikal Dayanıklı Taşınırların HEK'e Ayrılması Talimatına uygun olarak yapılmalıdır.
		KM.9.3	Biyomedikal tüketim malzemelerinin kullanıma uygun olmadıklarının belirlenmesine ve kullanım dışı bırakılması işlemi yönelik Biyomedikal Tüketim Malzemelerinin Kullanım Dışı Bırakılması Talimatına uygun olarak yapılmalıdır.
262	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.10	Sağlık tesislerinde biyomedikal dayanıklı taşınırların arızalanması durumunda Biyomedikal Dayanıklı Taşınırların Arıza Bildirim ve Müdahale Süreç Talimatı kullanılıyor mu?

		KM.10.1	Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırın arızalanması durumunda Biyomedikal Dayanıklı Taşınırın Arıza Bildirim ve Müdahale Süreç Talimatına uygun işlem yapılmalıdır ve kullanıcılar bu konuda bilgilendirilmelidir.
263	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.11	Sağlık tesisi tarafından evde sağlık hizmetleri kapsamında hastalara verilen biyomedikal dayanıklı taşınırın kullanımına yönelik broşür, kitapçık, kullanım kılavuzu vb. yazılı doküman mevcut mu?
		KM.11.1	Sağlık tesisi tarafından evde sağlık hizmetleri kapsamında hastalara verilen biyomedikal dayanıklı taşınırın kullanımına yönelik broşür, kitapçık, kullanım kılavuzu vb. yazılı doküman bulunmalıdır.
264	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.12	Biyomedikal dayanıklı taşınırlara yönelik periyodik teknik hizmetlerin uygulanmasına ilişkin biyomedikal tür bazlı yıllık plan mevcut mu?
		KM.12.1	Periyodik bakım yapılan biyomedikal dayanıklı taşınırlar için söz konusu işlemleri ile ilgili yıllık plan yapılmış olmalıdır.
		KM.12.2	Ölçümlemeye (metroloji) tabii biyomedikal dayanıklı taşınırlar için söz konusu işlemleri ile ilgili yıllık plan yapılmış olmalıdır.
		KM.12.3	Periyodik bakımı yılda bir olan biyomedikal dayanıklı taşınırın bakım tarihi ölçümleme (metroloji) tarihinden önce olmalıdır.
265	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.13	Biyomedikal teknik hizmetlere ait faturaların veri girişleri Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetimi Ekranında yapılıyor mu?
		KM.13.1	Biyomedikal teknik hizmetlere ait fatura içeriği Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetimi ekranında yer alan teknik hizmet türleriyle uyumlu olmalıdır.
		KM.13.2	Biyomedikal teknik hizmetlere ait fatura içeriği Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetimi ekranında yer alan biyomedikal cihaz bilgileriyle uyumlu olmalıdır.
		KM.13.3	Biyomedikal teknik hizmetlere ait fatura içeriği Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetimi ekranında yer alan ödeme bilgileriyle uyumlu olmalıdır.
		KM.13.4	Teknik Hizmet Yönetim Ekranına girilen toplam işlem tutarı TDMS 740.06.16.02 "Tıbbi Cihaz Bakım ve Onarım Giderleri" hesap kodu ile eşit olmalıdır.
266	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.14	Teknik hizmet uygulanan biyomedikal dayanıklı taşınırlara ait künye numaraları teknik servis formlarında yer alıyor mu?
		KM.14.1	Teknik servis formlarında teknik hizmet uygulanan biyomedikal dayanıklı taşınırlara ait künye numarası bulunmalıdır.
		KM.14.2	Ölçümleme (metroloji) raporlarında ölçümleme yapılan biyomedikal dayanıklı taşınırlara ait künye numarası bulunmalıdır.
267	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.15	Sağlık tesisi dışından alınan biyomedikal teknik hizmet faaliyetleri süresince hizmeti sunan kişilere sağlık tesisi ilgili personeli tarafından refakat ediliyor mu?
		KM.15.1	Sağlık tesisi dışından alınan biyomedikal teknik hizmet faaliyetleri süresince hizmeti sunan kişilere sağlık tesisi ilgili personeli tarafından refakat edilmeli, refakat ettiğine ilişkin kayıt bulunmalıdır.
268	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.16	Biyomedikal Metroloji Faaliyetleri kapsamında yapılan işlemler mevzuata uygun yapılıyor mu?
		KM.16.1	Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (acil, poliklinik, görüntüleme, nükleer tıp, radyoterapi, laboratuvar, servis, ameliyathane, yoğun bakım, sterilizasyon ve özellikli üniteler) bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırın ölçümleme işlemleri ve temiz oda - özellikli ünitelerin validasyon işlemlerinin raporlamaları mevzuata uygun olmalıdır.
		KM.16.2	Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (acil, poliklinik, görüntüleme, nükleer tıp, radyoterapi, laboratuvar, servis, ameliyathane, yoğun bakım, sterilizasyon ve özellikli üniteler) bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırın ölçümleme işlemleri ve temiz oda - özellikli ünitelerin validasyon işlemlerini gerçekleştiren personel niteliği mevzuata uygun olmalıdır.

		KM.16.3	Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (acil, poliklinik, görüntüleme, nükleer tıp, radyoterapi, laboratuvar, servis, ameliyathane, yoğun bakım, sterilizasyon ve özellikli üniteler) bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırın ölçümleme işlemleri ve temiz oda - özellikli ünitelerin validasyon işlemleri kapsamında kullanılan referans cihazların (kalibratör, fantom, analizör gibi) niteliği mevzuata uygun olmalıdır.
269	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.17	Merkezi gaz sistemine bağlı gaz dağıtım panolarında rutin kontroller yapılıyor mu? (Merkezi gaz sistemi bulunmayan sağlık tesisleri muaf tutulacaktır.)
		KM.17.1	Medikal gazların rutin kontrollerinin yapılmasına yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır.
		KM.17.2	Medikal gazların merkezi kontrol panolarının basınç ve akış kontrolleri günlük olarak yapılmalı ve ölçülen/gözlemlenen değerler kayıt altına alınmalıdır.
		KM.17.3	Merkezi ünitelerde olumsuz durumlarda işitsel ve görsel uyarı veren kontrol yapıları bulunmalıdır.
		KM.17.4	Medikal gaz merkezi ve medikal gazların kat kontrol panolarının periyodik bakımları yapılmalıdır.
270	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.18	Hizmet Alımı Personeline yönelik İşçi Sayısı Tespit Sistemine (İSTS) bildirim yapılıyor mu?
		KM.18.1	Hizmet Alımı ile edinilen insan kaynağı (Biyomedikal Teknik Hizmet Alımı, Karşılama ve Yönlendirme, Bilgi İşlem, Teknik Eleman, Temizlik, Güvenlik gibi) dönemsel olarak İşçi Sayısı Tespit Sistemine bildirilmelidir
		KM.18.2	İşçi Sayısı Tespit Sistemine bildirilen sayı ile bildirim yapılan birimlerde görevli hizmet alımı personel sayısı uyumlu olmalıdır.
		KM.18.3	Bildirilen Biyomedikal Teknik Hizmet Alımı her personel için görev tanımı bulunmalı, sağlık tesisi ilgili personeli tarafından bu görevler her personele tebliğ edilmeli, ve personel tarafından tebellüğ edilmelidir.
		KM.18.4	Bildirilen Biyomedikal Teknik Hizmet Alımı her personele yönelik iş emri kayıtları tutulmalıdır.
271	BIYOMEDİKAL DEPO	BD.1	Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt Kontrol Yetkilileri mevzuata uygun şekilde görevlendirilmiş mi?
		BD.1.2	Görevlendirilen Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt Kontrol Yetkilileri teknik hizmetler sınıfından olmalıdır. (A1 genel, A2 genel ve B grubu sağlık tesisleri için geçerlidir.)
272	BIYOMEDİKAL DEPO	BD.2	Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt ve Kontrol Yetkililerine yönelik eğitim dokümanları mevcut mu?
		BD.2.1	Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt ve Kontrol Yetkililerine Klinik Mühendislik Hizmetleri Birimleri tarafından biyomedikal dayanıklı taşınır sınıflandırma (tür, tanım, taşınır kod gibi) ve biyomedikal dayanıklı taşınırlara yönelik teknik bilgi verilmelidir.
		BD.2.2	Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt ve Kontrol Yetkililerine Klinik Mühendislik Hizmetleri Birimleri tarafından klinik mühendislik ekranlarının kullanımına yönelik teknik bilgi verilmelidir.
273	BIYOMEDİKAL DEPO	BD.3	İstatistik biriminin biyomedikal dayanıklı taşınırlar ile ilgili tuttuğu veriler ve biyomedikal dayanıklı taşınır depo kayıtları birbiri ile uyumlu mu?
		BD.3.1	İstatistik biriminin biyomedikal dayanıklı taşınırlar ile ilgili tuttuğu veriler ile biyomedikal dayanıklı taşınır depo kayıtları birbiri ile uyumlu olmalıdır.
		BD.3.2	Sağlık Tesisinin mevcut durumu ile biyomedikal dayanıklı taşınır depo kayıtları birbiri ile uyumlu olmalıdır.
274	BIYOMEDİKAL DEPO	BD.4	Biyomedikal dayanıklı taşınır depo kapsamındaki hesap kodlarında kayıtlı olan ancak biyomedikal dayanıklı taşınır niteliğinde olmayan malzemelerin uygun depolara devirleri yapılmış mı?
		BD.4.1	Biyomedikal Dayanıklı Taşınır Depo kapsamındaki hesap kodlarında kayıtlı olan ancak biyomedikal dayanıklı taşınır niteliğinde olmayan demirbaşların uygun depolara devirleri yapılmalıdır.

		BD.4.2	Biyomedikal Dayanıklı Taşınır Depo kapsamındaki hesap kodlarında kayıtlı olan ancak tüketim malzemesi niteliğinde olan malzemelerin uygun depolara devirleri yapılmalıdır.
275	BIYOMEDİKAL DEPO	BD.5	Özellikli sağlık araçlarında bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların depo kaydı mevcut mu?
		BD.5.1	Özellikli sağlık araçlarında bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların depo kaydı bulunmalıdır.
276	BIYOMEDİKAL DEPO	BD.6	Sağlık Tesisi tarafından kullanılan yazılımların depo kaydı mevcut mu?
		BD.6.1	Satın alınan yazılımların 267-01 altında ilgili 2. Düzey Taşınır Kodunda depo kaydı olmalıdır.
		BD.6.2	Hizmet alımı yapılan veya süreli olarak edinilen yazılımların TDMS 740.99.03.04 “Bilgisayar, Bilgisayar Sistemleri ve Yazılımları Kiralaması Giderleri” hesap kodundan kayıt altına alınması gerekmektedir.
		BD.6.3	Hizmet alımı yapılan veya süreli olarak edinilen yazılımların Dayanıklı Taşınır Hizmet Alım Ekranında kaydı olmalıdır.
277	BIYOMEDİKAL DEPO	BD.7	Biyomedikal dayanıklı taşınırların ve tüketim malzemelerinin satın alma süreçlerinde kullanılan tanımlamalar depo kayıtlarına uygun mu?
		BD.7.1	Biyomedikal dayanıklı taşınır ve tüketim malzemelerinin satın alma süreçlerinde kullanılan malzeme isimleri ile MKYS tanımları aynı olmalıdır.
		BD.7.2	Biyomedikal dayanıklı taşınır ve tüketim malzemelerine ait teknik şartnamelerde tıbbi cihaz kapsamındaki malzemelerin TİTUBB kayıtlarının olması ile ilgili madde bulunmalıdır.
278	BIYOMEDİKAL DEPO	BD.8	Biyomedikal dayanıklı taşınırlara ve tüketim malzemelerine ait fatura içeriği depo kayıtlarına uygun mu?
		BD.8.1	Biyomedikal dayanıklı taşınırlara ve tüketim malzemelerine ait fatura içeriği depo kayıtlarına uygun olmalıdır.
		BD.8.2	Biyomedikal dayanıklı taşınır ve tüketim malzemelerine ait faturalarda TİTUBB bilgisi bulunmalıdır.
279	BIYOMEDİKAL DEPO	BD.9	Biyomedikal tüketim malzemesi istem belgelerinde istenilen malzemenin tanımı ve kullanılacağı taşınıra ait künye bilgisi mevcut mu?
		BD.9.1	Biyomedikal tüketim malzemesi istemi yapılırken, yazılım üzerinden düzenlenen ve/veya matbu formdaki istem belgelerinde malzemenin kullanılacağı dayanıklı taşınıra ait künye bilgisinin doldurulacağı alan bulunmalıdır.
		BD.9.2	Bu istem belgelerinde künye bilgisi alanı istem yapan personel tarafından doldurulmuş olmalıdır.
		BD.9.3	İstem belgesinde bulunan malzeme tanımı MKYS Biyomedikal Tüketim Malzemeleri Sınıflandırma Sistemi ile uyumlu olmalıdır.
280	BIYOMEDİKAL DEPO	BD.10	Biyomedikal dayanıklı taşınırlar sağlık tesisi dışına çıkarıldığında, MKYS “Malzeme İşlemleri” modülünden emanet çıkışı ve emanet iade işlemleri yapılıyor mu?
		BD.10.1	Biyomedikal dayanıklı taşınırlar teknik hizmet kapsamında sağlık tesisi dışına çıkarıldığında, MKYS “Malzeme İşlemleri” modülünden emanet çıkışı yapılmalı, emanet çıkışı yapılan dayanıklı taşınıra ait çıkış TİF’i dayanıklı taşınırı teslim eden ve teslim alan tarafından imzalanmalıdır.
		BD.10.2	Biyomedikal dayanıklı taşınırlar sağlık tesisine geri iade edildiğinde, MKYS “Malzeme İşlemleri” modülünden emanet iade işlemi yapılmalı, emanet iade işlemi yapılan dayanıklı taşınıra ait giriş TİF’i dayanıklı taşınırı teslim eden ve teslim alan tarafından imzalanmalıdır.
281	BIYOMEDİKAL DEPO	BD.11	Piyasa Gözetimi ve Denetimi (PGD) Uyarı Sistemine yönelik yapılan iş ve işlemler "PGD ve Olumsuz Olay Bildirim Talimatına" uygun yapılıyor mu?
		BD.11.1	Biyomedikal Depolar kapsamında Piyasa Gözetimi ve Denetimi (PGD) Uyarı Sistemine yönelik yapılacak iş ve işlemlerle ilgili yazılı bir talimat mevcut olmalı, yapılan iş ve işlemler talimata uygun yapılmalıdır.

282	BIYOMEDİKAL DEPO	BD.12	Sağlık tesisinde bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların zimmet bilgisi MKYS’de mevcut mu?
		BD.12.1	Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde her alanda bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların zimmetli olduğu personel ya da zimmetli olduğu kullanım yeri bilgisi güncel olmalıdır.
		BD.12.2	Zimmet sahibi tarafından zimmet fişi imzalanmış olmalı ve bir nüshası zimmet sahibinde bulunmalıdır.