

HASTANE YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ

	BÖLÜM		SORU
1	ACİL	AC.1	Acil servisin tescilli seviyesini gösteren Valilikten alınmış onay belgesi mevcut mu?
		AC.1.1	Acil servisin tescilli seviyesini gösteren Valilikten alınmış onay belgesi sağlık tesisinde bulunmalıdır.
2	ACİL	AC.2	Acil serviste uygun otopark alanları belirlenmiş mi?
		AC.2.1	Ambulans ve hasta nakil araçları için; araçların her an çıkış yapabileceği, ayrı otopark alanı belirlenmelidir.
		AC.2.2	Engelli hasta araçları için uygun sayıda ve yeterli genişlikte otopark alanı ayrılmalıdır.
		AC.2.3	Personel, hasta ve hasta yakınları için uygun sayıda ve yeterli genişlikte otopark alanı ayrılmalıdır.
		AC.2.4	Otopark alanlarında uygun ışıklandırma yapılmalıdır.
		AC.2.5	Otopark alanlarında güvenlik önlemleri (kamera, personel, vb...) alınmalıdır.
3	ACİL	AC.3	Acil servis girişinde uygun şekilde düzenleme yapılmış mı?
		AC.3.1	Acil servis girişi diğer girişlerden bağımsız olacak şekilde düzenlenmelidir.
		AC.3.2	İkinci ve üçüncü seviye acil servislere ambulans ve ayakta hasta girişi ayrı olacak şekilde düzenlenmelidir.
		AC.3.3	Acil servise giriş kapısı ve giriş alanı personel ve sedyelerin rahatlıkla hareket edebileceği kadar geniş olmalıdır.
		AC.3.4	Acil servise giriş alanı düz olmalı, gerekli durumlarda ise, en fazla %8 eğimli sedye rampası olmalıdır.
		AC.3.5	Acil servis girişinde hastaların kolayca ulaşabileceği bir alanda temiz, işlevsel ve yeterli sayıda sedye ve tekerlekli sandalye bulundurulmalıdır.
		AC.3.6	Acil servis giriş ve çıkışları sedye ile hasta nakline uygun, üstü kapalı ve iyi aydınlatılmış olmalıdır.
4	ACİL	AC.4	Acil serviste karşılama ve yönlendirme hizmeti veriliyor mu? (2. ve 3. seviye acil serviste değerlendirilecektir.)
		AC.4.1	Karşılama ve yönlendirme hizmeti acil servis girişinde uygun bir alanda konumlandırılmalıdır.
		AC.4.2	Karşılama ve yönlendirme çalışanları diğer hastane çalışanlarından ayırt edilebilecek kıyafet giymeli ve yaka kartı takmalıdır.
5	ACİL	AC.5	İkinci ve üçüncü basamak acil serviste triaj uygulaması yapılıyor mu?
		AC.5.1	Triaj hasta mahremiyeti açısından uygun alanda yapılmalıdır.
		AC.5.2	İkinci seviye acil serviste triaj; triaj eğitimi almış sağlık personeli tarafından yapılmalıdır.
		AC.5.3	Üçüncü seviye acil serviste triaj, hekim tarafından yapılmalıdır.
		AC.5.4	İkinci ve üçüncü seviye acil serviste triaja ayrılan alanda yeşil sarı, kırmızı alan ayrımı yapılmalıdır.
6	ACİL	AC.6	Acil seviyesine uygun fiziki düzenlemeler yapılmış mı?
		AC.6.1	Birinci seviye acil serviste; muayene alanları, resüsitasyon odası, (dal hastanelerinde alan) müşahade odası, müdahale odası bulunmalıdır.
		AC.6.2	İkinci seviye acil serviste 1. Seviye acil servise ilave olarak; triaj (Hemşire/ATT/sağlık memuru düzeyinde), primer tedavi birimi, Görüntüleme Ünitesi, İzolasyon odası, dekontaminasyon odası bulunmalıdır.
		AC.6.3	Üçüncü seviye acil serviste 1. ve 2. Seviye acil servise ilave olarak; Triyaj (tabip düzeyinde), Travma odası, Kritik- Yoğun Bakım Birimi (tercihli), Muayene Odası bulunmalıdır.
7	ACİL	AC.7	Resüsitasyon için özel bir düzenleme yapılmış mı?
		AC.7.1	Resüsitasyon için ayrı bir oda (dal hastaneleri için ayrılmış bir alan) düzenlenmiş olmalı ve resüsitasyon dışında kullanılmamalıdır.
		AC.7.2	Resüsitasyon odası acil servis giriş kapısına yakın bir yerde olmalıdır.
		AC.7.3	Resüsitasyon odasına görevli personel dışında ilgisi olmayan kişilerin girmesi engellenmeli ve hasta mahremiyetine yönelik düzenleme yapılmalıdır.
		AC.7.4	Acil Servis seviyesine göre resüsitasyon odası gerekli tıbbi donanımına sahip ve kullanıma her an hazır olmalıdır.
		AC.7.5	Resüsitasyon odasında ilaç ve sarf malzemeler kullanıma her an hazır bulundurulmalıdır.
8	ACİL	AC.8	Acil servis müşahade odasında acil seviyesine uygun düzenlemeler yapılmış mı?
		AC.8.1	Müşahade odasında; 1. seviye acilde 4-6, 2. seviye acilde 6-12, 3. seviye acilde 12-20 yatak bulunmalıdır.
		AC.8.2	Hasta mahremiyetini sağlamak üzere gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.
		AC.8.3	Hemşire çağrı sistemi çalışır ve işlevsel olmalıdır.
9	ACİL	AC.9	Acilden yatışı verilen hastanın ilgili servise yatış süresi izleniyor mu?
		AC.9.1	Yatış kararı verilen hastanın acile giriş saati ile servise yatış saati arasındaki süre ölçülmelidir.

		AC.9.2	Analiz sonuçları yönetim tarafından değerlendirilmeli ve gereken önlemler alınmalıdır.
10	ACİL	AC.10	Hastaların müşahede odasında kalış süreleri takip ediliyor mu?
		AC.10.1	Hastaların müşahede odasına giriş ve çıkışları kayıt altına alınmalı ve kalış süreleri ölçülmelidir.
		AC.10.2	Analiz sonuçları yönetim tarafından değerlendirilmeli ve gereken önlemler alınmalıdır.
11	ACİL	AC.11	Acil müdahale setinde veya acil arabasında bulunan ilaç ve tıbbi cihazların kontrolleri yapılıyor mu?
		AC.11.1	Acil müdahale seti veya acil arabasında bulunan cihazlar (defibrilatör, aspiratör vb.)kullanıma hazır olmalıdır.
		AC.11.2	Acil müdahale seti veya acil arabasında bulunması gereken ilaçların kontrol listesi bulunmalı, miktar ve miad kontrolleri yapılmalıdır.
		AC.11.3	Acil müdahale seti veya acil arabası gerekli tıbbi donanıma sahip ve kullanıma her an hazır olmalıdır.
12	ACİL	AC.12	Acil servisteki ilaç yönetimi uygun olarak yapılıyor mu?
		AC.12.1	Benzer görünüme, okunuşa ve yazılışa sahip ilaçlar ile aynı ilacın farklı dozlarının karışmamasına yönelik özel bir düzenleme yapılmalıdır.
		AC.12.2	Yüksek riskli ilaçların listeleri oluşturulmalı ve diğer ilaçlardan farklı bir alanda muhafaza edilmelidir.
		AC.12.3	Narkotik (Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçlara erişim kısıtlanarak uygun şekilde saklanmalıdır.
		AC.12.4	Narkotik (Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçların devir teslim tutanakları kayıt altına alınmalıdır.
		AC.12.5	İlaçların kırılması ve kaybolması durumunda yapılacaklar ile ilgili yazılı düzenleme bulunmalıdır.
		AC.12.6	Tüm ilaçların kullanılmayan yarım dozları takip edilmelidir. Yarım kalması durumunda yapılacaklar ile ilgili yazılı düzenleme bulunmalıdır.
		AC.12.7	Hastalara ilaç uygulamalarında advers etki ile karşılaşılınca bildirim yapılacak farmakovijilans sorumlusu bilinmelidir. Advers etki bildirimine yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır.
		AC.12.8	Soğuk zincire tabi ilaçlar; soğuk zincirin kırılmasını engelleyecek şekilde uygun şartlarda muhafaza edilip, hastaya uygulanmalıdır.Muhafaza sırasında uyarı veren dijital dereceler (data-loggerlar) gibi teknolojiler kullanılmalıdır. Dijital aktarımı sağlayan teknolojiler ile belirli periyotlarda rapor alınıp acil servis sorumlu hemşiresi tarafından imzalanıp arşivlenmelidir.
		AC.12.9	İlaç geçimsizlikleri ile ilgili görsel uyarı ve bilgilendirme dokümanları ilaç hazırlama bölümlerinde bulunmalıdır. Geçimsizlik tespit edildiği durumlarda gerçekleştirilecek işlemleri açıklayan yazılı düzenleme bulunmalıdır.
		AC.12.10	İlaç deposundan; acil servise verilen ilaç ve farmakolojik ürünler en fazla 5 günlük miktarda olmalıdır. Acil servis sorumlu hemşiresi tarafından yapılan rutin kontrollerde stok hareketi görmeyen ilaçların iade formu düzenlenmek suretiyle eczaneye iadesi yapılmalıdır.
		AC.12.11	İlaçların; acil serviste bulunan ve HBYS üzerinde görülen miad ve miktarları uyumlu olmalıdır. Acil servis sorumlu hemşiresi tarafından rutin olarak miad ve miktar kontrolleri yapılmalı ve eczacıya bilgi verilmelidir.
		AC.12.12	Işıktan korunması gereken ilaçlar için gerekli düzenleme yapılmalıdır.
13	ACİL	AC.13	Acil servisteki tıbbi sarf malzeme yönetimi uygun olarak yapılıyor mu?
		AC.13.1	Tıbbi sarf deposundan; Acil Servise verilen tıbbi sarf malzemeler en fazla 5 günlük miktarda olmalıdır. Acil servis sorumlu hemşiresi tarafından yapılan rutin kontrollerde stok hareketi görmeyen tıbbi sarf malzemelerin iade formu düzenlenmek suretiyle tıbbi sarf depoya iadesi yapılmalıdır.
		AC.13.2	Hastalara tedavileri sırasında uygulanan tıbbi sarf malzemelerden kaynaklanan beklenmeyen etki ile karşılaşılması durumunda bildirim yapılacak materyovijilans sorumlusu bilinmelidir. Medikal malzemelerden kaynaklanan olumsuz olayların uyarı sistemine bildirimini hakkında yazılı düzenleme bulunmalıdır.
14	ACİL	AC.14	Acil serviste hasta tedavisinde kullanılan dokümanlar uygun şekilde dolduruluyor mu ?
		AC.14.1	Acil serviste hasta gözlem ve takip formları kullanılmalıdır.
		AC.14.2	Hasta gözlem ve takip formlarına hekimin adı soyadı, tarihi,saati, imzası, ilaç ismi, ilaçların kullanım şekli, veriliş süresi, dozu ve hızını içerecek şekilde order ve istenen tetkikler yazılmalıdır.
		AC.14.3	Hasta gözlem ve takip formlarında ilacın ismi, ilaçların uygulanma zamanı, dozu, uygulama şekli ve uygulayan personelin ismi kayıt altına alınmalıdır.
		AC.14.4	İ.V. olarak ilaç infüzyonu uygulanıyorsa, verilen ilacın adı, dozu, infüzyon başlangıç saati, veriliş süresi ve hastanın adı mayi üzerinde belirtilmelidir.(etiket vb.)
15	ACİL	AC.15	Acil servisten istenen, uzman hekim konsültasyon gerçekleştirme süresi ölçülüyor mu?
		AC.15.1	Acil servisten istenen uzman hekim konsültasyon gerçekleştirme süresi mesai içi ve mesai dışı ayrı ölçülmelidir.
		AC.15.2	Ölçülen konsültasyon gerçekleştirme sürelerinin branş ve uzman hekim esaslı analizi yapılmalıdır.
		AC.15.3	Analiz sonuçları yönetim tarafından değerlendirilmeli ve gereken önlemler alınmalıdır.
16	ACİL	AC.16	Her vardiyada görev yapan personel sayısı acil servis seviyesine uygun sayıda mı?

		AC.16.1	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.
		AC.16.2	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.
		AC.16.3	Acil serviste aylık çalışma listeleri (tabip, hemşire/ATT / sağlık memuru) bulunmalıdır.
17	ACİL	AC.17	Acil servis branş nöbetleri uygun şekilde tutuluyor mu?
		AC.17.1	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.
18	ACİL	AC.18	Acil serviste görev yapan personele ait giyinme ve dinlenme odaları mevcut mu?
		AC.18.1	Çalışan personel sayısına göre kadın erkek giyinme ve dinlenme odaları oluşturulmalıdır.
19	ACİL	AC.19	Acil serviste laboratuvar hizmeti uygun şekilde veriliyor mu?
		AC.19.1	Hastalardan alınan numuneler, numunenin cinsine uygun ekipmanla ,numune taşıma personeli veya pnömatik sistem aracılığıyla bekletilmeden laboratuvara ulaştırılmalıdır.
		AC.19.2	Kurum acil serviste çalışılan laboratuvar testlerinin sonuç verme sürelerini hastaların görebileceği şekilde uygun bir alanda ilan etmelidir.
		AC.19.3	Kurum acil serviste çalışılan laboratuvar testlerinin sonuçlarını ilan edilen sürelerde vermemelidir.
20	ACİL	AC.20	Acil serviste güvenlik hizmeti veriliyor mu?
		AC.20.1	Güvenlik hizmeti acil servis girişine hâkim,uygun alanda konumlandırılmalıdır.
		AC.20.2	Güvenlik personeli ile 24 saat hizmet verilmelidir.
		AC.20.3	Kamera sistemi olmalıdır.
		AC.20.4	Tıbbi işlemlerin gerçekleştiği alanlara erişim görevli personel dışındaki ilgisi olmayan kişiler için kısıtlanmalıdır.
21	ACİL	AC.21	Nöbetçi eczaneleri gösteren güncel liste için acil serviste ilan alanı ayrılmış mı?
		AC.21.1	Günlük nöbetçi eczane listesinin asıldığı pano (elektronik veya manuel) kolaylıkla görülebilecek bir yerde olmalıdır.
22	ACİL	AC.22	Acil servisten hizmet alan hasta ve yakınları için bekleme alanları mevcut mu?
		AC.22.1	Hasta ve yakınları için bekleme alanları oluşturulmalıdır.
23	POLİKLİNİK	P.1	Poliklinik girişinde gerekli düzenlemeler yapılmış mı?
		P.1.1	Poliklinik bina girişlerinde, kat girişlerinde (veya asansör çıkışları karşısında) güncel sağlık tesisi krokileri bulundurulmalıdır.
		P.1.2	Sağlık tesisinde yönlendirme levhaları bulunmalı ve yönlendirmeler işlevsel olmalıdır.
24	POLİKLİNİK	P.2	Hasta kayıt birimi, uygun düzenlenmiş mi?
		P.2.1	Hasta kayıt birimi kolaylıkla görülebilecek ve ulaşılabilir bir yerde bulunmalıdır.
		P.2.2	Hasta ile iletişimi sağlayacak biçimde düzenlenmelidir.
		P.2.3	Hasta kayıt görevlisi kurum hizmet süreçleri ve mevcut uygulamalar hakkında detaylı bilgiye sahip olmalıdır.
25	POLİKLİNİK	P.3	Poliklinik muayene başlama ve bitiş saatleri belirlenerek hastaların görebileceği bir şekilde ilan edilmiş mi?
		P.3.1	Poliklinik muayene başlama ve bitiş saatleri belirlenmelidir.
		P.3.2	Poliklinik muayene başlama ve bitiş saatleri web sayfasında ve poliklinik girişi ile hasta kayıt biriminde hastaların görebileceği bir şekilde ilan edilmelidir.
26	POLİKLİNİK	P.4	Polikliniklerde karşılama ve yönlendirme hizmeti için düzenlemeler yapılmış mı?
		P.4.1	Karşılama ve yönlendirme hizmetlerinde yer alan görevli, diğer personelden ayırt edilebilecek kıyafet giymeli ve yaka kartı takmalıdır.
		P.4.2	Hastane bilgi rehberi, tanıtıcı broşür,bilgisayar ve telefon vb olmalıdır.
27	POLİKLİNİK	P.5	Polikliniklerde bekleme salonlarında uygun düzenlemeler yapılmış mı?
		P.5.1	Yeterli havalandırmaya sahip olmalıdır.
		P.5.2	Yeterli aydınlatmaya sahip olmalıdır.
		P.5.3	Bekleme salonlarında hasta sayısına göre yeterli oturma grupları bulundurulmalıdır.

28	POLİKLİNİK	P.6	Poliklinik hizmetlerinde öncelik grubuna giren hastalara yönelik gerekli düzenlemeler yapılmış mı?
		P.6.1	Poliklinik hizmeti almak için hastaneye başvuran öncelikli hastalar grubu ilan edilmelidir.
		P.6.2	Hasta kayıt kabul birimi tarafından kayıt işlemleri öncelikli olarak gerçekleştirilmelidir.
		P.6.3	Yaşlı ve engelli vatandaşların öncelikli oturmalarını sağlayacak (ayrılmış oturma grupları veya önceliği belirten uyarı levhaları vb.) düzenlemeler olmalıdır.
29	POLİKLİNİK	P.7	Hekimlerin günlük ve aylık çalışma listeleri poliklinik danışma birimlerinde bulunuyor mu?
		P.7.1	Günlük ve aylık hekim çalışma listeleri oluşturulmalıdır.
		P.7.2	Günlük ve aylık hekim çalışma listeleri hasta kabul/poliklinik sekreterliği, santral, danışma ve halkla ilişkiler gibi bilgilendirme birimlerinde bulunmalıdır.
30	POLİKLİNİK	P.8	Muayene odası girişlerinde uygun düzenleme yapılmış mı?
		P.8.1	Muayene odalarının girişlerinde hekimlerin isimleri ve uzmanlık alanları yazılmalıdır.
		P.8.2	Her muayene odası girişinde, hastanın ismi veya sıra numarasını görebilmesi için, elektronik sistem kurulmalı ve çalışır durumda olmalıdır.
		P.8.3	İsminin açıklanmasını istemeyen hastalar için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.
31	POLİKLİNİK	P.9	Poliklinikte muayene alanlarında mahremiyete yönelik düzenlemeler yapılmış mı?
		P.9.1	Muayene odasında mahremiyete yönelik fiziki düzenleme yapılmalıdır.
		P.9.2	Muayene odasında hasta varken, odada görevli personel dışında kimse (hasta yakını hariç) bulunmamalıdır.
		P.9.3	Muayene odalarına kontrolsüz girişler önlenmelidir.
32	POLİKLİNİK	P.10	Polikliniklerde el hijyeni sağlamaya yönelik düzenlemeler bulunuyor mu?
		P.10.1	Polikliniklerde el hijyeni sağlamaya yönelik lavabo, el antiseptiği, sabun, kâğıt havlu bulunmalıdır.
33	POLİKLİNİK	P.11	Poliklinik süreçlerine ait tüm işlemler, Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) üzerinden yapılıyor mu?
		P.11.1	Poliklinikte muayene işlemleri (hasta anamnezi, tetkik istemleri, reçete, rapor vb...) HBYS üzerinden oluşturulmalıdır.
		P.11.2	Hasta laboratuvar sonuçları HBYS üzerinden görülebilmeli ve gereği halinde poliklinikten basılı olarak verilmelidir.
		P.11.3	Hasta yatışları başka bir işleme mahal bırakmadan poliklinikten yapılabilmelidir.
34	POLİKLİNİK	P.12	Hastanede, niteliklere uygun bebek bakımı ve emzirme odası var mı?
		P.12.1	Poliklinik alanında bebek bakımı ve emzirme odası olmalıdır.
		P.12.2	Mahremiyete yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
		P.12.3	Emzirmeyi özendirici, doğru emzirmeyi anlatan afiş ve broşürler olmalıdır.
		P.12.4	Lavabo, sabun, kâğıt havlu ve alt değiştirme yeri olmalıdır.
		P.12.5	İklimlendirmesi yeterli seviyede olmalıdır.
35	POLİKLİNİK	P.13	MHRS 'den randevu alan hastaların, zamanında muayene olmaları için gerekli düzenlemeler yapılmış mı?
		P.13.1	MHRS'den randevu alan hastaların giriş işlemlerinin beklemeden yapılması için gerekli önlemler alınmalıdır.
		P.13.2	MHRS den randevu alan hastaların muayene oldukları saat ile randevu saati arasında 30 dakikadan fazla gecikme olmamalıdır.
36	GÖRÜNTÜLEME	G.1	Radyoloji ünitelerinde gerekli düzenlemeler yapılmış mı?
		G.1.1	Hasta yoğunluğunun fazla olduğu sağlık tesisindeki görüntüleme ünitelerinin girişlerinde, HBYS ile entegre çalışan hastanın sırasını bildiren elektronik sistem düzenlenmeli ve işlevsel olmalıdır.
		G.1.2	Radyoloji ünitelerinin girişlerinde radyasyon uyarı levhaları bulunmalıdır.
		G.1.3	Her bir görüntüleme odası için hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik soyunma odası veya perde/paravanla ayrılmış soyunma alanı olmalıdır.
		G.1.4	Radyasyon yayan cihazlarla yapılan tetkik işlemlerinin yapıldığı odalara bir hastanın işlemi bitmeden başka hasta alınmamalıdır.
		G.1.5	Tetkik odalarının havalandırılması aspiratör, vasistas tipi pencere veya merkezi havalandırma sistemi ile sağlanmalıdır.
		G.1.6	Radyasyon yayan cihazların bulunduğu alanlarda, iyonize havanın dışarıya atılmasını sağlayan zemine yakın yerleştirilmiş aspirasyon sistemi bulunmalıdır.
		G.1.7	Radyasyon yayan cihazların kumanda ünitesinin bulunduğu odada da şuyayı dışarı atabilmek için alt seviyeden emişi sağlayan aspiratör konulmalıdır.

		G.1.8	Kumanda ünitesinin çekim odasının dışında olması durumunda, oda duvarına hastayı görebilecek şekilde kurşun eşdeğerli camı bulunan bir pencere açılmalıdır.
		G.1.9	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 konulmalıdır.
		G.1.10	Görüntüleme ünitesinde bekleme alanları oluşturulmalıdır.
37	GÖRÜNTÜLEME	G.2	Sağlık tesisinde bulunan radyoloji ünitelerinin TAEK lisansı var mı?
		G.2.1	Sağlık tesisinde bulunan radyasyon yayan cihazların (direkt röntgen, bilgisayarlı tomografi, mamografi, kemik mineral dansitometre) TAEK lisansı güncel olmalıdır.
38	GÖRÜNTÜLEME	G.3	Radyoloji ünitelerinde çalışan ve hasta güvenliğine yönelik düzenlemeler yapılmış mı?
		G.3.1	Radyasyon ile çalışan personel kişisel dozimetre taşınmalı ve ölçüm kayıtları kontrol edilmelidir.
		G.3.2	Radyoloji ünitesinde çalışan personele 6 ayda bir kez hemogram, periferik yayma , yılda 1 kez de tiroid fonksiyon testleri, göz ve dermatolojik muayene yapılmalıdır.
		G.3.3	Çalışan ve hasta güvenliğini sağlamak amacıyla kişisel koruyucu malzemeler(kurşun önlük,çocuk ve erişkin boylarında tiroid ve gonad koruyucu vb.) kullanılmalıdır.
		G.3.4	Kişisel koruyucu ekipmanlar uygun şekilde muhafaza edilmeli, üç ayda bir defa ve gerektiğinde floroskopi, skopi veya röntgen filmi ile kontrol edilmelidir.
		G.3.5	Kontrastlı tetkik ve invaziv girişimsel işlem yapılan radyoloji ünitelerinde acil müdahale seti kolay ulaşılabilecek mesafede bulundurulmalıdır.
39	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)
40	GÖRÜNTÜLEME	G.5	Girişimsel görüntüleme ve kontrastlı tetkiklerde onam formu dolduruluyor mu?
		G.5.1	Girişimsel görüntüleme işlemlerinde onam formu doldurulmalıdır.
		G.5.2	Kontrastlı görüntüleme tetkiklerinde onam formu doldurulmalıdır.
41	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.
42	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.
43	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.
44	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.
45	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.
46	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	Tetkik yapıldıktan sonraki 30 dakika içerisinde tetkikin sonucu verilmelidir.
		G.11.3	USG randevusu hasta yığılmalarını önleyecek şekilde saatlik zaman dilimlerine bölünerek verilmelidir.

47	LABORATUVAR	L.1	Kan alma birimi konumu ve işleyişi uygun şekilde düzenlenmiş mi?
		L.1.1	Numune alma birimleri, polikliniklere yakın bir yerde, yeterli sayıda ve kolay ulaşılabilir olmalıdır.
		L.1.2	Hasta yoğunluğunun fazla olduğu sağlık tesisindeki kan alma birimlerinde hastanın sırasını bildiren elektronik sistem düzenlenmelidir.
		L.1.3	Kan alma biriminde kolçaklı, trendelenburg pozisyonuna gelebilen yeterli sayıda koltuk bulunmalıdır.
		L.1.4	Kan alma ünitesinde hasta mahremiyetini sağlamak üzere gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.
		L.1.5	Kan alma biriminde çalışan laboratuvar testlerinin sonuç verilme süreleri hastaların görebileceği şekilde ilan edilmelidir.
48	LABORATUVAR	L.2	Laboratuvarlarda el hijyeni sağlamaya yönelik düzenlemeler bulunuyor mu?
		L.2.1	El hijyeni sağlamaya yönelik lavabo, el antiseptiği, sabun, kâğıt havlu bulundurulmalıdır.
49	LABORATUVAR	L.3	Laboratuvar testlerinin sonuçları ilan edilen sürelerde veriliyor mu?
		L.3.1	Laboratuvarlarda, sağlık tesisi yönetimi tarafından beyan edilen süre içerisinde sonuç verilmelidir.
		L.3.2	Laboratuvar sonuç çıktısında; numune alma zamanı, numune kabul zamanı ve onay zamanı belirtilmiş olmalıdır. (Dış laboratuvar hizmet alımlarında da değerlendirilir.)
		L.3.3	İmmüanalizörlerde çalışan hormon testlerinin sonuçları en geç 1 iş günü içinde verilmelidir.
50	LABORATUVAR	L.4	Hastalardan alınan numuneler uygun koşullarda laboratuvara ulaştırılıyor mu?
		L.4.1	Hastalardan alınan numuneler, numunenin cinsine uygun ekipmanla ,numune taşıma personeli veya pnömatik sistem aracılığıyla bekletilmeden laboratuvara ulaştırılmalıdır.
51	LABORATUVAR	L.5	Laboratuvarda numune kabul-ret kriterleri oluşturulmuş mu?
		L.5.1	Tıbbi laboratuvar (Mikrobiyoloji, Biyokimya, Patoloji) için numune kabul ve red kriterleri oluşturulmalıdır.
		L.5.2	Reddedilen numuneler HBYS üzerinden takip edilebilmelidir.
		L.5.3	Kabul edilmeyen numunelerin reddedilme nedenlerinin aylık analizi yapılmalıdır.
52	LABORATUVAR	L.6	Laboratuvar alanları uygun fiziki koşullara sahip mi?
		L.6.1	Laboratuvar ortamı, yeterli oranda iklimlendirilmelidir.
		L.6.2	Laboratuvar ortamı, yeterli oranda aydınlatılmalıdır.
		L.6.3	Tıbbi laboratuvarlar, teknik, destek ve ofis alanı olmak üzere üç temel alandan oluşmalıdır.
		L.6.4	Laboratuvar girişinde ayrı bir numune kabul birimi bulunmalıdır.
		L.6.5	Gelen her numunenin barkod okuyucu ile kabulü yapılmalıdır.
		L.6.6	Tıbbi biyokimya ve tıbbi mikrobiyoloji laboratuvarlarında idrar ve gaita testleri ayrı bir odada veya aynı teknik alan içerisinde ve havalandırması olan en az 7,5 metrekare ayrı bir alanda veya çeker ocak ortamında çalışılmalıdır.
53	LABORATUVAR	L.7	Laboratuvar kitleri ve antibiyotik disklerinin muhafaza edildiği buzdolaplarının sıcaklık takipleri yapılıyor mu?
		L.7.1	Laboratuvar kitleri üretici firma önerilerine uygun sıcaklıkta saklanmalı ve sıcaklık takipleri kayıt altına alınmalıdır.
		L.7.2	Antibiyotik diskleri üretici firma önerilerine uygun sıcaklıkta saklanmalı ve sıcaklık takipleri kayıt altına alınmalıdır.
		L.7.3	Buzdolaplarında sıcaklık ve nemin referans değerler aralığında bulunmaması halinde, ilgili yetkiliye mesaj ve/veya e-posta yoluyla gerçek zamanlı olarak bilgilendirme yapılmalıdır.
54	LABORATUVAR	L.8	Laboratuvarda panik değer yönetimi uygun yapılıyor mu?
		L.8.1	Laboratuvarda panik değer listesi bulunmalıdır.
		L.8.2	Panik değer listesi HBYS üzerinde de tanımlanmalı ve uyarıcı sistem kurulmalıdır.
		L.8.3	Panik değer tespit edildiğinde sağlık çalışanı ile iletişime geçilmeli, bildirim yapılarak kayıt altına alınmalıdır.
55	LABORATUVAR	L.9	Laboratuvar güvenlik rehberi oluşturulmuş ve uygulamalar rehber ile uyumlu mu?
		L.9.1	Kültür plaklarının dekontaminasyonuna yönelik düzenleme yapılmalıdır.
		L.9.2	Laboratuvar kazaları sözlü ve yazılı olarak bildirilmeli, laboratuvar kazalarının yıllık analizi yapılmalıdır.
		L.9.3	Laboratuvara erişim, görevli personel dışında ilgisi olmayan kişiler için kısıtlanmalıdır.
		L.9.4	Elektrik panoları üzerinde uyarı işaretleri olmalı, acil durumlarda akımı kesmek için ana şalterin yeri tüm çalışanlar tarafından bilinmeli ve kolaylıkla erişilebilir olmalıdır.
		L.9.5	Tıbbi laboratuvarda ilk yardım seti ve mevcut tehlikelere uygun yangın söndürücü ile alev söndürme örtüsü gibi güvenlik donanımı bulundurulmalıdır.

		L.9.6	Laboratuvar içinde bulunan tüm kimyasalların üzerinde; kimyasalın ismi, üretici firma adı, kimyasal tehlike simgesi ve/veya etiketi, kimyasalın laboratuvara kabul edildiği tarih, kullanılmaya başlandığı tarih ve son kullanma tarihi bulunmalıdır.
56	LABORATUVAR	L.10	Kültür testleri biyogüvenlik kabininde uygun koşullarda çalışılıyor mu?(Kültür testleri çalışılmayan laboratuvarlar muafıdır.)
		L.10.1	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.
		L.10.2	Kabinin laminar hava akımı çalışır durumda olmalıdır.
		L.10.3	Sınıf 2B olan kabinlerin baca bağlantısı olmalıdır.
		L.10.4	Biyogüvenlik kabininin bakım ve kontrol talimatı olmalıdır. Periyodik bakımları ve performans testleri yılda bir defa yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.
		L.10.5	Çalışma öncesinde ve sonrasında kabin yüzeyi %70 etanol veya çamaşır suyu çözeltisi ile temizlenmeli, kabin fanı en az 5 dakika çalıştırdıktan sonra çalışmaya başlanmalı, çalışma bitiminde fan 5 dakika çalıştırılmalı ve bu işlemler kayıt altına alınmalıdır.
57	LABORATUVAR	L.11	Patoloji laboratuvarı uygun fiziki koşullara sahip mi?
		L.11.1	Patoloji Laboratuvarı teknik alanı; -Boyama/özel işlem odası, -Doktor mikroskopi inceleme odası/alanı, -Arşiv odası, -Kimyasal buhar ve gazlar için özel havalandırma sistemi (Vakumlama zemin hizasından ve temiz hava girişi tavandan) olan makroskopi odasını içermelidir.
		L.11.2	Patoloji Laboratuvarında personel için giyinme ve dinlenme odası bulunmalıdır.
		L.11.3	Havalandırma sistemi hastane havalandırma sisteminden ayrı olmalıdır.
58	LABORATUVAR	L.12	Patoloji Laboratuvarında çalışanlara formaldehit ve ksilen düzey ölçümleri yapılıyor mu?
		L.12.1	Laboratuvarında çalışanlara formaldehit ve ksilen düzey ölçümleri yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.
		L.12.2	Ölçülen değerler üst limitleri aşıyorsa, gerekli düzeltme işlemleri yapıldıktan sonra istenen değerler sağlanana kadar ölçüm tekrarlanmalıdır.
		L.12.3	Tıbbi laboratuvarın fiziki koşullarında veya işleyiş değişikliği olduğu takdirde yeni koşullardaki maruziyetin ölçümü tekrar yapılmalıdır.
59	LABORATUVAR	L.13	Patoloji laboratuvarında arşivleme uygun koşullarda yapılıyor mu?
		L.13.1	Bloklar 20 yıl, lamalar 10 yıl, raporlar süresiz, elektronik kayıtlar yedekleme ile birlikte süresiz saklanmalıdır.
		L.13.2	Arşiv odası tüm mevsimlerde sıcak ve/veya rutubetli olmamalıdır.
		L.13.3	Hastaya ait dokular ve sıvılar raporlama tarihinden itibaren en az 1 ay saklanmalıdır.
60	LABORATUVAR	L.14	Patoloji Laboratuvarı sonuç verme süreleri TKHK'nın belirlediği süre ile uyumlu mu?
		L.14.1	Sitoloji sonuçları en geç 3 iş günü içinde verilmelidir.
		L.14.2	Biyopsi sonuçları en geç 7 iş günü içinde verilmelidir.
61	SERVİS	S.1	Yatışı yapılan her hastaya kimlik tanımlayıcı kullanılıyor mu?
		S.1.1	Yatışı yapılan her hastaya kimlik tanımlayıcı 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.
62	SERVİS	S.2	Serviste ilaç yönetimi uygun olarak yapılıyor mu?
		S.2.1	Benzer görünüme, okunuşa ve yazılışa sahip ilaçlar ile aynı ilacın farklı dozlarının karışmamasına yönelik özel bir düzenleme yapılmalıdır.
		S.2.2	Yüksek riskli ilaçların listeleri oluşturulmalı ve diğer ilaçlardan farklı bir alanda muhafaza edilmelidir.
		S.2.3	Narkotik (Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçlara erişim kısıtlanarak uygun şekilde saklanmalıdır.
		S.2.4	Narkotik (Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçların devir teslim tutanakları kayıt altına alınmalıdır.
		S.2.5	İlaçların kırılması ve kaybolması durumunda yapılacaklar ile ilgili yazılı düzenleme bulunmalıdır.
		S.2.6	Tüm ilaçların kullanılmayan yarım dozları takip edilmelidir. Yarım kalması durumunda yapılacaklar ile ilgili yazılı düzenleme bulunmalıdır.
		S.2.7	İlaçlarda advers etki ile karşılaşıldığında bildirim yapılacak farmakovijilans sorumlusu bilinmelidir. Advers etki bildirimine yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır.

		S.2.8	Soğuk zincire tabi ilaçlar; soğuk zincirin kırılmasını engelleyecek şekilde uygun şartlarda muhafaza edilip, hastaya uygulanmalıdır. Muhafaza sırasında uyarı veren dijital dereceler (data-loggerlar) gibi teknolojiler kullanılmalıdır. Dijital aktarımı sağlayan teknolojiler ile belirli periyotlarda rapor alınıp servis sorumlu hemşiresi tarafından imzalanıp arşivlenmelidir.
		S.2.9	İlaç geçimsizlikleri ile ilgili görsel uyarı ve bilgilendirme dokümanları ilaç hazırlama bölümlerinde bulunmalıdır. Geçimsizlik tespit edildiği durumlarda gerçekleştirecek işlemleri açıklayan yazılı düzenleme bulunmalıdır.
		S.2.10	HBYS üzerinden, servislerden istemi yapılan hasta tabelalarındaki ilaçlar; hasta taburcu olduğunda, ex olduğunda, başka kuruma sevk edildiğinde veya lüzum halindekiler kullanılmadığı zaman 24 saat içinde ilgili birim sorumlusu tarafından hasta bazlı olarak ,ilaç iade formu doldurularak eczaneye iade edilmelidir.
		S.2.11	Servislerde bulunan ilaç miktarları ile HBYS üzerinde görülen servis ilaç miktarları ve miad kontrolleri uyumlu olmalıdır.
		S.2.12	Işıktan korunması gereken ilaçlar için gerekli düzenleme yapılmalıdır.
63	SERVİS	S.3	Servislerde tıbbi sarf malzeme yönetimi uygun olarak yapılıyor mu?
		S.3.1	Tıbbi sarf deposundan; Servise verilen tıbbi sarf malzemeler en fazla 5 günlük miktarda olmalıdır. Servis sorumlu hemşiresi tarafından yapılan rutin kontrollerde stok hareketi görmeyen tıbbi sarf malzemelerin iade formu düzenlenmek suretiyle tıbbi sarf depoya iadesi yapılmalıdır.
		S.3.2	Hastalara tedavileri sırasında uygulanan tıbbi sarf malzemelerden kaynaklanan beklenmeyen etki ile karşılaşılması durumunda bildirim yapılacak materyovijilans sorumlusu bilinmelidir. Medikal malzemelerden kaynaklanan olumsuz olayların uyarı sistemine bildirim hakkında yazılı düzenleme bulunmalıdır.
64	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.
65	SERVİS	S.5	Servislerde el hijyenini sağlamaya yönelik düzenlemeler bulunuyor mu?
		S.5.1	Servislerde el hijyeni sağlamaya yönelik lavabo, el antiseptiği, sabun, kâğıt havlu bulunmalıdır.
66	SERVİS	S.6	Hastaların düşme riskini azaltacak önlemler alınmış mı?
		S.6.1	Hastalar sağlık tesisinin belirlediği düşme risk değerlendirme ölçeği ile değerlendirilmelidir. Hastanın klinik durumuna göre düşme riski değerlendirmesi belirli aralıklarla tekrar edilmelidir.
		S.6.2	Hastaların düşme risk değerlendirmesi sonucuna göre kendisine ve refakatçisine düşme riski eğitimi verilmelidir.
		S.6.3	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.
67	SERVİS	S.7	Hasta bakım ihtiyaçları göz önüne alınarak değerlendiriliyor mu?
		S.7.1	Hastanın beslenme, rehabilitasyon, baskı yararı takibi, ağrı ve psikolojik destek ihtiyaçları değerlendirilmelidir.
		S.7.2	Değerlendirme sonuçları, hasta dosyasına kayıt edilmelidir.
		S.7.3	Servise yatırılan her hastanın "NRS 2002 Formu" doldurularak beslenme durumu değerlendirilmelidir. (Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde değerlendirilecektir.)
68	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 yakınlarına tedaviyi reddetme veya sonlandırma hakları, kararlarının doğurabileceği sonuçlar ve sorumluluklar hakkında bilgilendirilme yapılmalı ve yapılan bilgilendirmeler kayıt altına alınmalıdır.
69	SERVİS	S.9	Hastanın hekim tarafından yapılan tıbbi değerlendirmeleri, günlük takip ve tedavileri kayıt altına alınıyor mu?
		S.9.1	Servise yatırılan 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 planı içeren order verilmelidir.
70	SERVİS	S.10	Hasta mahremiyetini sağlamak üzere gerekli düzenlemeler yapılmış mı?
		S.10.1	Hastayı hazırlama işlemleri esnasında (hastaya ameliyat öncesi önlük giydirme, bone takma) ve transferi sırasında mahremiyet esaslarına dikkat edilmelidir.

		S.10.2	Birden fazla hastanın bulunduğu odalarda hasta mahremiyetini sağlayacak düzenlemeler (perde, paravan vb.) bulunmalıdır.
		S.10.3	Hasta dosyalarına yetkisiz kişilerin erişiminin engellenmesi için gerekli önlemler alınmalıdır.
71	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 yapılmalıdır.
		S.11.3	Acil müdahale setinde bulunan ilaçların son kullanım tarihlerinin ve miktarlarının kontrolü yapılmalıdır.
72	SERVİS	S.12	Hareket kısıtlama kararı alınan hastalarda tedavi planında uygulama başlangıç ve sonlandırma zamanı, takip aralıkları belirtilmiş mi?
		S.12.1	Hareket kısıtlama kararı alınan hastalarda tedavi planında uygulama, başlangıç ve sonlandırma zamanı, takip aralıkları belirtilmelidir.
		S.12.2	Kısıtlılığın devamı ile ilgili karar en geç 24 saatte bir tekrar gözden geçirilmelidir.
73	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.
74	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 infüzyonu uygulanıyorsa, verilen ilacın adı, dozu, infüzyon başlangıç saati, veriliş süresi ve hastanın adı mayı üzerinde belirtilmelidir.(etiket vb.)
75	SERVİS	S.15	Hasta odaları uygun fiziki düzenlemelere sahip mi?
		S.15.1	Hasta odaları uygun fiziki düzenlemelere sahip olmalıdır. *Her yatağın başında tıbbi gaz sistemine bağlı hasta başı paneli bulunmalıdır. *Refakatçilerin dinlenmesi için pozisyon verilebilen koltuk, kanepeler vb. bulunmalıdır. *Yatak başı bağlantılı hemşire çağrı sistemi bulunmalıdır. *Hastaların kullandığı tüm banyo ve tuvaletlerde (ortak kullanılan banyo ve tuvaletler dahil) hemşire çağrı sistemi bulunmalıdır.
76	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.
77	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 ziyaret 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: - Hastalığı konusunda genel bilgiler ve tedavi planı, - 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, özel uyarılar, - Kişisel bakım ve temizlik, yara bakımı(pansumanı), - Kontrol tarihi, yeri, acil durumlarda başvuruabileceği telefon vb...
		S.17.4	Hasta dosyasında eğitimlerin kayıtları olmalıdır.
78	SERVİS	S.18	Hastalardan alınan numuneler kapalı kaplarda ve numunenin cinsine uygun taşıma çantalarında, en geç 30 dk. içinde laboratuvara ulaştırılıyor mu?
		S.18.1	Hastalardan alınan numuneler en geç 30 dk. içinde laboratuvara ulaştırılmalıdır.
		S.18.2	Hastalardan alınan numuneler kapalı kaplarda ve numunenin cinsine uygun taşıma çantalarında, taşınmalıdır.

79	SERVİS	S.19	Bilgilendirilmiş onam formları her girişimsel işlem için ayrı olarak düzenlenmiş mi?
		S.19.1	Bilgilendirilmiş onam formları her girişimsel işlem için ayrı olarak düzenlenmelidir.(Onam formu iki nüsha olarak imza altına alınmalı ve bir nüshası hastanın dosyasına konulmalı, diğeri ise hastaya veya kanuni temsilcisine verilmelidir.)
		S.19.2	Alınan onamlarda hasta/hasta yakınının kendi el yazısı ile yazılmış “okudum, anladım” ifadesi ve imzası, bilgilendirmeyi yapan hekim adı soyadı, kaşesi, tarih, saat ve imzası bulunmalıdır.
80	SERVİS	S.20	Epikriz eksiksiz dolduruluyor mu?
		S.20.1	Epikriz her hastaya eksiksiz doldurulmalı ve bir nüshası hastaya verilmelidir. Epikrizde; 1- Yatış sebebi, tanılar ve eşlik eden hastalıklar, 2-Önemli fiziksel ve diğer bulgular, 3-Uygulanan diagnostik ve iyileştirici işlemler, 4-Taburcu sonrası kullanacağı ilaçlar, 5-Taburcu edilme esnasındaki sağlık durumu, 6-Hastanın taburculuğu sonrası bakımına yönelik bilgilendirme /planlama yazılmış olmalıdır.
		S.20.2	Tabucu olan hastanın dosyasında, epikrizin hastaya verildiğine dair hasta veya yakınının imzası bulunmalıdır.
81	Y.BAKIM	YB.1	Yoğun Bakım seviyesine uygun olarak ruhsatlandırılmış mı?
		YB.1.1	Seviyelendirme ile ilgili belge sağlık tesisinde bulunmalıdır.
82	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, merkezi konumda bir alan ayrılmalıdır.
		YB.2.7	Servisteki pencereler açılmaz nitelikte olmalı ve doğal ışık imkânları sağlama önceliği dikkate alınarak yeterli aydınlatma yapılmalıdır.
		YB.2.8	Yatak sayısı 10'dan fazla olan yoğun bakım servisleri 6 ila 10 yataktan oluşan birden fazla birime ayrılmalıdır.
		YB.2.9	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.2.10	Malzeme odasının çıkışı, kirli malzemeler servis içerisinden geçirilmeyecek şekilde düzenlenmelidir.
		YB.2.11	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.2.12	Yoğun bakım içinde ilaç ve tıbbi malzeme hazırlama alanı bulunmalıdır.
83	Y.BAKIM	YB.3	Yoğun Bakımda el 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 ve kâğıt havlu bulunmalıdır.
		YB.3.3	Sağlık çalışanlarının kolayca ulaşabileceği el antiseptiği bulundurulmalıdır.
84	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 yapılmalıdır.
		YB.4.3	Hasta ziyaret zamanları belirlenmeli ve hasta yakınlarının görebileceği şekilde ilan edilmelidir.
85	Y.BAKIM	YB.5	Yoğun bakımda görev yapan sağlık personeli sayısı, yoğun bakım seviyesi ile uyumlu mu?

		YB.5.1	<u>Erişkin Yoğun Bakımda günün her saatinde:</u> 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 <u>Çocuk Yoğun Bakımda günün her saatinde:</u> 2.Seviye: her 3 yatak için en az bir hemşire /sağlık memuru 3.Seviye: her 2 yatak için en az bir hemşire /sağlık memuru <u>Yeni doğan Yoğun Bakımda günün her saatinde:</u> 1.Seviye: her 6 yatak için en az bir hemşire/ebe /sağlık memuru 2.Seviye: her 5 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.
86	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 yapılabilir.
87	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.
88	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
		YB.8.2	Temas izolasyon odalarının giriş kapıları ortak yoğun bakım alanına açılmamalı,oda giriş kapısının hemen dışında musluk ve lavabo bulunmalıdır.
		YB.8.3	4 adet temas izolasyon odası olan 3. basamak YB larda en az 1 Negatif basınçlı solunum izolasyon odası oluşturulmalıdır.
		YB.8.4	Negatif basınçlı solunum izolasyon odası; havanın %100'ünü dışarı atabilen havalandırma sistemi, duvarları, tavanı ve zemini sızdırmaz özellikte, tüm çıkış kapıları kendiliğinden kapanabilir nitelikte, acil iletişim ve uzaktan hasta monitorizasyon sistemi kurulmuş, odanın basınç durumunu sürekli olarak izlemeyi sağlayan mekanizmalar mevcut olmalıdır.
89	Y.BAKIM	YB.9	Yatışı yapılan her hastaya kimlik tanımlayıcı kullanılıyor mu?
		YB.9.1	Yatışı yapılan her hastaya kimlik tanımlayıcı 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.
90	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.
91	Y.BAKIM	YB.11	Hastanın beslenme durumu, rehabilitasyon, baskı yarısı takibi, ağrı ve psikolojik destek ihtiyaçlarını içeren değerlendirmeler yapılıyor mu?
		YB.11.1	Hastanın beslenme, rehabilitasyon, baskı yarısı takibi, ağrı ve psikolojik destek ihtiyaçları değerlendirilmelidir.
		YB.11.2	Değerlendirmeler günlük yapılmalı ve değerlendirme sonuçları, hasta dosyasına kayıt edilmelidir.
		YB.11.3	Yoğun bakıma yatırılan her hastanın "NRS 2002 Formu" doldurularak beslenme durumu değerlendirilmelidir.(Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde değerlendirilecektir.)
92	Y.BAKIM	YB.12	Hastanın hekim tarafından yapılan tıbbi değerlendirmeleri, günlük takip ve tedavileri kayıt altına alınıyor mu?
		YB.12.1	Yoğun bakıma yatışı yapılan hastalara hekim tarafından en geç 24 saat içinde değerlendirme yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.
		YB.12.2	Hastanın hekim tarafından yapılan tıbbi değerlendirmeleri ve günlük takipleri kayıt altına alınmalıdır.
		YB.12.3	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.
93	Y.BAKIM	YB.13	Hasta mahremiyetini sağlamak üzere gerekli düzenlemeler yapılmış mı?
		YB.13.1	Yoğun bakım yatakları arasında gerektiğinde kullanılmak üzere enfeksiyon kontrol ilkelerine uygun biçimde bir ayırma düzeneği olmalıdır.
		YB.13.2	Erişkin yoğun bakımlarda çocuk hastaların bakım ve tedavisi yapılıyorsa, erişkin hastalardan ayrı tutulacak şekilde gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

94	Y.BAKIM	YB.14	Acil müdahale seti kullanıma hazır durumda bulunuyor mu?
		YB.14.1	Acil müdahale seti kolay ulaşılabilecek konumda olmalıdır.
		YB.14.2	Acil müdahale seti içindeki tıbbi cihazların kontrolleri yapılmalıdır.
		YB.14.3	Acil müdahale setinde bulunan ilaçların son kullanım tarihlerinin ve miktarlarının kontrolü yapılmalıdır.
95	Y.BAKIM	YB.15	Yoğun Bakımda ilaç yönetimi uygun olarak yapılıyor mu?
		YB.15.1	Benzer görünüşe, okunuşa ve yazılışa sahip ilaçlar ile aynı ilacın farklı dozlarının karışmamasına yönelik özel bir düzenleme yapılmalıdır.
		YB.15.2	Yüksek riskli ilaçların listeleri oluşturulmalı ve diğer ilaçlardan farklı bir alanda muhafaza edilmelidir.
		YB.15.3	Narkotik(Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçlara erişim kısıtlanarak uygun şekilde saklanmalıdır.
		YB.15.4	Narkotik(Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçların devir teslim tutanakları kayıt altına alınmalıdır.
		YB.15.5	İlaçların kırılması ve kaybolması durumunda yapılacaklar ile ilgili yazılı düzenleme bulunmalıdır.
		YB.15.6	Tüm ilaçların kullanılmayan yarım dozları takip edilmelidir. Yarım kalması durumunda yapılacaklar ile ilgili yazılı düzenleme bulunmalıdır.
		YB.15.7	İlaçlarda advers etki ile karşılaşıldığında bildirim yapılacak farmakovijilans sorumlusu bilinmelidir. Advers etki bildirimine yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır.
		YB.15.8	Soğuk zincire tabi ilaçlar; soğuk zincirin kırılmasını engelleyecek şekilde uygun şartlarda muhafaza edilip, hastaya uygulanmalıdır.Muhafaza sırasında uyarı veren dijital dereceler (data-loggerlar) gibi teknolojiler kullanılmalıdır. Dijital aktarımı sağlayan teknolojiler ile belirli periyotlarda rapor alınıp yoğun bakım sorumlu hemşiresi tarafından imzalanıp arşivlenmelidir.
		YB.15.9	İlaç geçimsizlikleri ile ilgili görsel uyarı ve bilgilendirme dokümanları ilaç hazırlama bölümlerinde bulunmalıdır. Geçimsizlik tespit edildiği durumlarda gerçekleştirilecek işlemleri açıklayan yazılı düzenleme bulunmalıdır.
		YB.15.10	HBYS üzerinden, yoğunbakımdan 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.
		YB.15.11	İlaç deposundan; yoğun bakıma verilen ilaç ve farmakolojik ürünler en fazla 5 günlük miktarda olmalıdır. Yoğun bakım sorumlu hemşiresi tarafından yapılan rutin kontrollerde stok hareketi görmeyen ilaçların iade formu düzenlenmek suretiyle eczaneye iadesi yapılmalıdır.
		YB.15.12	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.
		YB.15.13	Işıktan korunması gereken ilaçlar için gerekli düzenleme yapılmalıdır.
96	Y.BAKIM	YB.16	Yoğun Bakımlarda tıbbi sarf malzeme yönetimi uygun olarak yapılıyor mu?
		YB.16.1	Tıbbi sarf deposundan; Yoğun bakıma verilen tıbbi sarf malzemeler en fazla 5 günlük miktarda olmalıdır. Yoğun bakım sorumlu hemşiresi tarafından yapılan rutin kontrollerde stok hareketi görmeyen tıbbi sarf malzemelerin iade formu düzenlenmek suretiyle tıbbi sarf depoya iadesi yapılmalıdır.
		YB.16.2	Hastalara tedavileri sırasında uygulanan tıbbi sarf malzemelerden kaynaklanan beklenmeyen etki ile karşılaşılması durumunda bildirim yapılacak materyovijilans sorumlusu bilinmelidir. Medikal malzemelerden kaynaklanan olumsuz olayların uyarı sistemine bildirimini hakkında yazılı düzenleme bulunmalıdır.
97	Y.BAKIM	YB.17	İlaçların uygulanma zamanı, dozu, uygulama şekli ve uygulayan personelin ismi kayıt altına alınıyor mu?
		YB.17.1	İlaçların uygulanma zamanı, dozu, uygulama şekli ve uygulayan personelin ismi kayıt altına alınmış olmalıdır.
		YB.17.2	İnfüzör veya perfüzör ile İ.V. olarak ilaç /serum infüzyonu uygulanıyorsa, verilen ilacın adı, dozu, infüzyon başlangıç saati, veriliş süresi ve hastanın adı mayi üzerinde belirtilmelidir.(etiket vb.)
98	Y.BAKIM	YB.18	Hareket kısıtlama kararı alınan hastalarda tedavi planında uygulama başlangıç ve sonlandırma zamanı, takip aralıkları belirtilmiş mi?
		YB.18.1	Hareket kısıtlama kararı alınan hastalarda tedavi planında uygulama başlangıç ve sonlandırma zamanı, takip aralıkları belirtilmelidir.
		YB.18.2	Kısıtlılığın devamı ile ilgili karar en geç 24 saatte bir tekrar gözden geçirilmelidir.
99	Y.BAKIM	YB.19	Bilgilendirilmiş onam formları her girişimsel işlem ve tedavi için ayrı olarak düzenlenmiş mi?
		YB.19.1	Bilgilendirilmiş onam formları her girişimsel işlem ve tedavi için ayrı olarak düzenlenmelidir.(Onam formu iki nüsha olarak imza altına alınmalı ve bir nüshası hastanın dosyasına konulmalı, diğeri ise hastaya veya kanuni temsilcisine verilmelidir.)
		YB.19.2	Alınan onamlarda hasta/hasta yakınının kendi el yazısı ile yazılmış “okudum, anladım” ifadesi ve imzası, bilgilendirmeyi yapan hekim adı soyadı, kaşesi, tarih, saat ve imzası bulunmalıdır.
100	Y.BAKIM	YB.20	Bünyesinde yeni doğan yoğun bakım servisi bulunan hastanelerde uygun şartlarda anne otesi oluşturulmuş mu?
		YB.20.1	Yeni doğan yoğun bakım servisi bulunan hastanelerde annelerin dinlenmesi için uygun şartlarda anne otesi oluşturulmalıdır.
101	Y.BAKIM	YB.21	Hastalardan alınan numuneler kapalı kaplarda ve numunenin cinsine uygun taşıma çantalarında, en geç 30 dk. içinde laboratuvara ulaştırılıyor mu?
		YB.21.1	Hastalardan alınan numuneler en geç 30 dk. içinde laboratuvara ulaştırılmalıdır.

		YB.21.2	Hastalardan alınan numuneler kapalı kaplarda ve numunenin cinsine uygun taşıma çantalarında, taşınmalıdır.
102	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 girişinde 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	Hasta ameliyathaneye uygun kıyafet ile gelmelidir. (Lokal anestezi alacak hastalar da dâhil.)
103	AMELİYATHANE	A.2	Hasta yakınları için bekleme ve bilgilendirme koşulları sağlanmış mı?
		A.2.1	Hasta yakınının bekleme alanı/odasında hasta yakınlarının hastalarıyla ilgili bilgi alabilmelerini sağlayacak düzenlemeler (görevlendirilmiş personel veya bilgilendirme ekranı) bulunmalıdır.
		A.2.2	Bilgilendirme hasta mahremiyeti dikkate alınarak yapılmalıdır.
104	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.
105	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.
106	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 personeline uygun alanda dinlenme odası düzenlenmelidir.
		A.5.5	Steril alanda, yarı-steril alandan geçiş dışında dışarı açılan hiçbir kapı, pencere vb. unsur bulunmamalıdır.
107	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.
108	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.
109	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 karışmamasına yönelik özel bir düzenleme yapılmalıdır.
		A.8.2	Yüksek riskli ilaçların listeleri oluşturulmalı ve diğer ilaçlardan farklı bir alanda muhafaza edilmelidir.
		A.8.3	Narkotik (Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçlara erişim kısıtlanarak uygun şekilde saklanmalıdır.
		A.8.4	Narkotik (Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçların devir teslim tutanakları kayıt altına alınmalıdır.
		A.8.5	İlaçların kırılması ve kaybolması durumunda yapılacaklar ile ilgili yazılı düzenleme bulunmalıdır.
		A.8.6	Tüm ilaçların kullanılmayan yarım dozları takip edilmelidir. Yarım kalması durumunda yapılacaklar ile ilgili yazılı düzenleme bulunmalıdır.
		A.8.7	İlaçlarda advers etki ile karşılaşılınca bildirim yapılacak farmakovijilans sorumlusu bilinmelidir. Advers etki bildirimine yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır.
		A.8.8	Soğuk zincire tabi ilaçlar; soğuk zincirin kırılmasını engelleyecek şekilde uygun şartlarda muhafaza edilip, hastaya uygulanmalıdır. Muhafaza sırasında uyarı veren dijital dereceler (data-loggerlar) gibi teknolojiler kullanılmalıdır. Dijital aktarımı sağlayan teknolojiler ile belirli periyotlarda rapor alınıp ameliyathane sorumlu hemşiresi tarafından imzalanıp arşivlenmelidir.

		A.8.9	İlaç geçimsizlikleri ile ilgili görsel uyarı ve bilgilendirme dokümanları ilaç hazırlama bölümlerinde bulunmalıdır. Geçimsizlik tespit edildiği durumlarda gerçekleştirilecek işlemleri açıklayan yazılı düzenleme bulunmalıdır.
		A.8.10	İlaç deposundan; ameliyathaneye verilen ilaç ve farmakolojik ürünler en fazla 5 günlük miktarda olmalıdır. Ameliyathane sorumlu hemşiresi ve sorumlu anestezi teknisyeni tarafından yapılan rutin kontrollerde stok hareketi görmeyen ilaçların iade formu düzenlenmek suretiyle eczaneye iadesi yapılmalıdır.
		A.8.11	İlaçların; ameliyathanede bulunan ve HBYS üzerinde görülen miad ve miktarları uyumlu olmalıdır. Ameliyathane sorumlu hemşiresi ve sorumlu anestezi teknisyeni tarafından rutin olarak miad ve miktar kontrolleri yapılmalı ve eczacıya bilgi verilmelidir.
		A.8.12	İşıktan korunması gereken ilaçlar için gerekli düzenleme yapılmalıdır.
110	AMELİYATHANE	A.9	Ameliyathanede tıbbi sarf malzeme yönetimi uygun olarak yapılıyor mu?
		A.9.1	Tıbbi sarf deposundan; Ameliyathaneye verilen tıbbi sarf malzemeler en fazla 5 günlük miktarda olmalıdır. Ameliyathane sorumlu hemşiresi tarafından yapılan rutin kontrollerde stok hareketi görmeyen tıbbi sarf malzemelerin iade formu düzenlenmek suretiyle tıbbi sarf depoya iadesi yapılmalıdır.
		A.9.2	Hastalara tedavileri sırasında uygulanan tıbbi sarf malzemelerden kaynaklanan beklenmeyen etki ile karşılaşılması durumunda bildirim yapılacak materyovijilans sorumlusu bilinmelidir. Medikal malzemelerden kaynaklanan olumsuz olayların uyarı sistemine bildirimi hakkında yazılı düzenleme bulunmalıdır.
		A.9.3	Revizyon operasyonları sonrası hastalardan çıkarılan tıbbi sarf malzemelerin bertarafına ilişkin yazılı düzenlemeler bulunmalıdır.
111	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.
112	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.
113	STERİLİZASYON	ST.1	Sterilizasyon ünitesi kirli, temiz ve steril alan olmak üzere üç bölümden oluşmuş mu?
		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 paketlenmeleri 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.
114	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	Depodaki 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. Sıcaklık 18-22 C ve nem %35- 70 olmalıdır.
115	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.

116	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 ilk altı ay ve ikinci altı ayda olmak üzere yılda iki kez değerlendirilmelidir.
		GD.1.2	Değerlendirme sağlık tesisi yerinde değerlendirme soru listesinin ilgili tüm bölümlerini kapsamalıdır.
117	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.2	Sağlık Tesisinin "Engelli Bireylere Yönelik Sağlık Tesisleri Denetleme Formu "na göre son 6 ayda yaptığı düzenlemeler kuruma bildirilen verilerle uyumlu mu?
		GD.2.1	Sağlık tesisinin "Engelli Bireylere Yönelik Sağlık Tesisleri Denetleme Formuna göre son 6 ayda yapılan düzenlemeler Kuruma bildirilen veriler ile uyumlu olmalıdır.
118	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.3	Yaşlı ve yürüyemeyen hastalar için yeterli sedye ve tekerlekli sandalye mevcut mu?
		GD.3.1	Yaşlı ve yürüyemeyen hastalar için ilgili bölümlerde yeterli sedye ve tekerlekli sandalye bulunmalıdır.
119	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.4	Sağlık tesisinde güvenliği sağlamak amacıyla kamera takip sistemi kurulmuş mu?
		GD.4.1	İlgili bölümlerde güvenliği sağlamak amacıyla kurulan kamera takip sistemi olmalıdır.
		GD.4.2	Güvenlik kamera kayıtları en az 2 ay süre ile saklanmalıdır
120	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.5	Sıkıştırılmış tıbbi gaz tüpleri güvenlik açısından sabitlenmiş mi?
		GD.5.1	Sıkıştırılmış tıbbi gaz tüpleri güvenlik açısından sabitlenmelidir.
121	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.6	Sağlık tesisinde bulunan jeneratörlerin bakımları yapılıyor mu?
		GD.6.1	Jeneratörlerin kabul belgesi olmalıdır.
		GD.6.2	Jeneratörlerin 3 aylık, 6 aylık ve yıllık periyodik bakımları yapılmalı ve bakım kayıtları olmalıdır.
122	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.7	İklimlendirme sistemlerinin bakımı ve kontrolü düzenli olarak yapılıyor mu?
		GD.7.1	İklimlendirme sistemlerinin bakım ve kontrollerinin kayıtları olmalıdır.
123	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.8	Asansörlerin güvenli kullanımına yönelik gerekli düzenlemeler sağlanmış mı?
		GD.8.1	Asansörlerin uygunluk belgesi olmalıdır.
		GD.8.2	Aylık bakım ve yıllık bakımları yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.
124	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.9	Arşivin fiziki koşulları ve işleyişine yönelik düzenlemeler yapılmış mı?
		GD.9.1	Arşivde yangın, hırsızlık, rutubet, su baskını, toz ve her türlü hayvan ve hasaratın tahripine karşı tedbirler alınmalıdır.
		GD.9.2	Sıcaklık (12-15 derece) ve nem takibi (%50-60) yapılmalı ve kayıt edilmelidir.
		GD.9.3	Arşivde dosya yerleşim planı olmalıdır.
		GD.9.4	Yangın söndürme cihazları yangın talimatı çerçevesinde çalışır durumda bulundurulmalı ve kolay erişilebilir olmalıdır.
		GD.9.5	Arşive kabul edilen dosyaların teslim alındığına dair kayıtlar tutulmalı ve dosyaların arşive yerleştirilmesi uygun şekilde yapılmalıdır.
125	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.10	Kurumda uygun çevre düzenlemesi yapılmış mı?
		GD.10.1	Hastane bahçesinde hasta ve çalışanlar için uygun çevre düzenlemesi yapılmalı, bekleme ve oturma alanları oluşturulmalıdır.
		GD.10.2	Yönlendirme levhaları hasta ve yakınlarının görebileceği yerde, yeterli ve açıklayıcı olmalıdır.
		GD.10.3	Otopark ve bahçe içerisinde yeterli aydınlatma yapılmalıdır.
126	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.11	Hasta memnuniyetine yönelik düzenlemeler mevcut mu?
		GD.11.1	Hasta memnuniyetini belirlemeye ve ölçmeye yönelik anket çalışmaları yapılmalıdır.
		GD.11.2	Hasta ve yakınları için talep ve öneri kutuları hastaların görebileceği yerlerde, sağlık tesisinin büyüklüğüne göre yeterli sayıda ve kullanıma uygun olmalıdır.
		GD.11.3	Memnuniyet, dilek, öneri ve taleplerin değerlendirilmesi sonucu gerekli görülen düzenlemeler yapılmalıdır.
127	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.12	Sağlık hizmeti sunulan alanlarda gerekli kişisel koruyucu malzemeler mevcut mu?

		GD.12.1	Sağlık hizmeti sunulan alanlarda gerekli ve yeterli kişisel koruyucu malzemeler olmalıdır. (Eldiven, yüz-göz koruyucu maske, gözlük,önlük)
128	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.13	Sağlık tesisi genelinde temizlik kurallarına uyuluyor mu?
		GD.13.1	Genel ve bölüm bazında temizlik kuralları belirlenmelidir.
		GD.13.2	Sağlık tesisi genelinde temizlik kurallarına uyulmalıdır.
		GD.13.3	Sağlık tesisinde yer alan tuvalet ve banyoların temizlikleri yapılarak kayıt altına alınmalıdır.
		GD.13.4	Sağlık tesisinde en az yılda bir kez haşerata karşı ilaçlama işlemi yapılmalıdır.
129	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.14	Kurum çalışanları kimlik kartı kullanıyor mu?
		GD.14.1	Sağlık tesisi çalışanları kimlik kartı takmalıdır.
130	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.15	Çalışan sağlığına yönelik düzenlemeler yapılmış mı?
		GD.15.1	Bölüm bazında risk değerlendirmesi yapılmalı ve kayıtları olmalıdır.
		GD.15.2	Bölüm bazında belirlenen risklere yönelik ve uzman hekimlerin görüşleri doğrultusunda tüm personele sağlık tarama programı hazırlanmalı ve uygulanmalıdır.Sağlık tarama sonuçlarının kayıtları olmalıdır.
131	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.16	Hasta transferi sırasında gerekli önlemler alınmış mı?
		GD.16.1	Hastanın servisler arasındaki sedye ile transferi, sağlık personeli eşliğinde olmalıdır.
		GD.16.2	Hasta nakillerinde transfer formu kullanılmalıdır.
		GD.16.3	Hastanın transferi sırasında mahremiyet esaslarına dikkat edilmelidir. (Üzerinin örtülmesi vb)
		GD.16.4	Hastanın transferi sırasında düşme riski gözönünde bulundurulmalı, gereken önlemler alınmalıdır.
132	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.17	Sağlık tesisinde acil afet yönetimine ait düzenleme var mı?
		GD.17.1	Sağlık tesisinin tüm birimlerini kapsayan güncel acil afet planı bulunmalıdır.
		GD.17.2	Plana uygun görevlendirmeler asil ve yedekleri olmak üzere yapılmalıdır.Görevlendirilen personelin isim ve iletişim bilgileri güncel olmalıdır.
		GD.17.3	Yılda en az 1 masabaşı, 1 fonksiyonel tatbikat gerçekleştirilmelidir.
		GD.17.4	Yapılan tatbikatla ilgili görsel ya da yazılı dökümanlar mevcut olmalıdır.
		GD.17.5	Sağlık tesisinde acil afet yönetimine yönelik eğitim planı oluşturulmalı ve yapılan eğitimler kayıt altına alınmalıdır.
133	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.18	Hasta bilgilerinin mahremiyeti ve gizliliğinin korunması ile ilgili düzenlemeler mevcut mu?
		GD.18.1	Hastanın vermiş olduğu tıbbi öykü ve diğer konuşmaların hasta ve hekimin izni olmayan üçüncü kişiler tarafından duyulması engellenmelidir.
		GD.18.2	Sağlık tesisinde HBYS üzerinde, hasta bilgilerine ilgisiz ve yetkisiz kişilerin erişimini engelleyecek düzenlemeler yapılmalıdır.
134	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.19	Çalışan memnuniyeti konusunda iyileştirici faaliyetlerde bulunulmuş mu?
		GD.19.1	Çalışanların memnuniyetleri ölçülmeli, sonuçları yönetim tarafından değerlendirilmelidir.
		GD.19.2	Memnuniyet anketleri analizlerine göre gerekli görülen düzenlemeler yapılmalıdır.
135	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.20	Kesici delici alet yaralanmaları ve kan vücut sıvıları ile temaslar bildiriliyor mu?
		GD.20.1	Olay bildirimleri ve DÖF kayıtları olmalıdır.
		GD.20.2	Kesici delici alet yaralanmasına maruz kalan personelin takipleri yapılmalıdır.
136	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.21	Hasta dosyasında belirlenen dosyalama planına uyuluyor mu?
		GD.21.1	Sağlık tesisi tarafından dosyalama planı oluşturulmalıdır.
		GD.21.2	Hasta dosyaları plana uygun düzenlenmelidir.
137	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.22	Hasta ziyaret zamanları belirlenmiş mi?
		GD.22.1	Hasta ziyaret zamanları belirlenmeli, belirlenen zamanlar hasta ve yakınlarının görebileceği yerlerde ilan edilmelidir.

138	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.23	112 komuta merkezine bildirilen verilerle (boş yatak, yoğun bakım yatağı ve kullanılabilir durumdaki cihazlar vb.) değerlendirme sırasındaki veriler uyumlu mu?
		GD.23.1	112 il ambulans servisi komuta merkezine online olarak aktarılan veriler ile kurum kayıtları birbirleriyle uyumlu olmalıdır.
139	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.24	Verimlilik Gözlemcileri tarafından yerinde değerlendirme yapılan bölümlerin sorumluları belirlenmiş ve ilgili kişilerce tebellüğ edilmiş mi?
		GD.24.1	Acil Servis sorumlu hekimi tanımlanmalıdır.
		GD.24.2	Acil Servis sorumlu hemşiresi tanımlanmalıdır.
		GD.24.3	Radyoloji ve tanısal görüntüleme hizmetlerinin uygulanmasına ve yönetimine yönelik sorumlu hekim tanımlanmalıdır.
		GD.24.4	Radyoloji sorumlu teknisyeni tanımlanmalıdır.
		GD.24.5	Laboratuvar hizmetlerinin uygulanmasına ve yönetimine yönelik sorumlu hekim(herbir laboratuvar için ayrı) tanımlanmalıdır.
		GD.24.6	Herbir laboratuvar için sorumlu teknisyen tanımlanmalıdır.
		GD.24.7	Servis sorumlu hemşireleri tanımlanmalıdır.
		GD.24.8	Yoğun Bakım sorumlu hekimi tanımlanmalıdır.
		GD.24.9	Yoğun Bakım sorumlu hemşiresi tanımlanmalıdır.
		GD.24.10	Ameliyathane sorumlu hekimi tanımlanmalıdır.
		GD.24.11	Ameliyathane sorumlu hemşiresi tanımlanmalıdır.
		GD.24.12	Anestezi sorumlu teknisyeni/teknikeri tanımlanmalıdır.
		GD.24.13	Sterilizasyon ünitesi sorumlu hekimi tanımlanmalıdır.
		GD.24.14	Sterilizasyon ünitesi sorumlu hemşiresi tanımlanmalıdır.
		GD.24.15	Sorumlu eczacı tanımlanmalıdır.(Eczacı bulunmayan sağlık tesisinde sağlık personeli görevlendirilmelidir.)
		GD.24.16	Arşiv sorumlusu tanımlanmalıdır.
140	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.25	Tıbbi atık yönetimi kapsamında kaynağında ayrıştırma işlemi uygun yapılıyor mu?
		GD.25.1	Tıbbi atıklar, tehlikeli ve evsel atıklardan ayrı toplanmalıdır.
		GD.25.2	Tıbbi atıklar uluslararası biyotehlike amblemi ve DİKKAT TIBBİ ATIK ibaresi taşıyan torbalarda taşınmalıdır
		GD.25.3	Kesici ve delici özelliği olan atıklar için kullanılan kutu veya konteynırlar uluslararası biyotehlike amblemi ve DİKKAT KESİCİ ve DELİCİ TIBBİ ATIK ibaresi taşınmalıdır.
		GD.25.4	Şırınga, enjektör ve diğer tüm deri altı girişim iğneleri, lanset, bisturi, bıçak, serum seti iğnesi, cerrahi sütür iğneleri, biyopsi iğneleri, intraket, kırık cam ve ampul, lam-lamel, kırılmış cam tüp ve petri kapları gibi batma, delme, sıyrık ve yaralanmalara neden olabilecek atıklar kesici delici alet kutu veya konteynırında toplanmalıdır.
		GD.25.5	Tıbbi atık torbaları ve kesici-delici atık kapları ¾ oranında dolduğunda yenisi ile değiştirilmelidir.
141	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.26	Tıbbi atıkların ünite içinde taşınma işlemi uygun yapılıyor mu?
		GD.26.1	Atıklar üretildiği yerden uygun taşıma araçları (tekerlekli, kapaklı, paslanmaz metal ya da plastik, keskin kenarları olmayan, dezenfeksiyonu kolay, atık üretme kapasitesine uygun büyüklükte) ile geçici depolama birimlerine götürülmelidir.
		GD.26.2	Temizlik ekipmanları, koruyucu giysiler, atık torbaları ve taşıma araçları geçici atık deposuna yakın bir yerde bulundurulmalı, taşıma araçları temiz olmalı ve zemininde talaş bulunmalıdır.
		GD.26.3	Tıbbi atıkların yönetimi ile ilgili personele özel giysiler ve koruyucu ekipman sağlanmalıdır.(Tıbbi atık taşıma eldiveni, koruyucu gözlük, maske, çizme ve yedeği olan özel koruyucu turuncu renkli elbise)
		GD.26.4	Kullanılan giysilerin vardiya devrinden sonra farklı çamaşır makinesinde yıkanması sağlanmalıdır.
		GD.26.5	Tıbbi atık taşıma personeline tıbbi atık yönetimi ile ilgili eğitim verilmeli ve verilen eğitimin kayıtları olmalıdır
142	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.27	Evsel ve Tıbbi atık yönetimi kapsamında geçici depolama işlemi uygun yapılıyor mu? (20 VE ÜZERİ YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE DEĞERLENDİRİLECEKTİR)
		GD.27.1	Geçici atık deposu iki bölmeli kapalı bir mekan olarak inşa edilmeli, birinci bölmede tıbbi atıklar, ikinci bölmede ise evsel nitelikli atıklar depolanmalıdır.

		GD.27.2	Deponun tabanı ve duvarları sağlam, geçirimsiz, mikroorganizma ve kir tutmayan, temizlenmesi ve dezenfeksiyonu kolay bir malzeme ile kaplanmalıdır.
		GD.27.3	Depolarda yeterli bir aydınlatma ve pasif havalandırma sistemi bulunmalı ve sıcak bölgelerde depo özel olarak soğutulmalıdır.
		GD.27.4	Depo kapıları dışarıya doğru açılmalı veya sürmeli yapılmalıdır. Tıbbi atıkların konulduğu bölmenin kapısı turuncu renge boyanmalı ve üzerinde görülebilecek şekilde ve siyah renkli "Uluslararası Biyotehlike" amblemi ile siyah harfler ile yazılmış "Dikkat! Tıbbi Atık" ibaresi bulunmalıdır
		GD.27.5	Depo kapıları kullanımları dışında daima kapalı ve kilitli tutulmalıdır.
		GD.27.6	Tıbbi atıkların konulduğu bölmenin zemininde talaş bulundurulmalı, temizliği ve dezenfeksiyonu kuru olarak yapılmalıdır. Bölme atıkların boşaltılmasını müteakiben temizlenmeli,dezenfekte edilmeli ve gerekirse ilaçlanmalıdır.
		GD.27.7	Tıbbi atıkların konulduğu bölmenin kanalizasyon sistemi ile bağlantısı olmamalıdır.
		GD.27.8	Evsel nitelikli atıkların konulduğu bölmede kanalizasyona bağlı ızgaralı bir drenaj sistemi ve bölmenin kolaylıkla temizlenebilmesi için basınçlı bir su musluğu bulunmalıdır.
		GD.27.9	Tıbbi Atıklar, bertaraf sahasına taşınmadan önce 48 saatten fazla depolarda bekletilmemelidir. (Bekleme süresi, geçici atık deposu içindeki sıcaklığın 4 °C nin altında olması koşuluyla bir haftaya kadar uzatılabilir.)
		GD.27.10	Tıbbi atıkların alınması sırasında verici ünite ile alıcı kurum/kuruluş arasında "Ulusal Atık Taşıma Formu" düzenlenmelidir.
143	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.28	Evsel ve Tıbbi atık yönetimi kapsamında geçici depolama işlemi uygun yapıyor mu? (20 DEN AZ YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE DEĞERLENDİRİLECEKTİR)
		GD.28.1	Konteynerler ünitenin en az iki günlük tıbbi atığını alabilecek boyutta ve sayıda olmalıdır.
		GD.28.2	Konteynerler, 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.28.3	Konteynerlerin kapakları kullanımları dışında daima kapalı ve kilitli tutulmalı, yetkili olmayan kişilerin açmasına izin verilmemelidir.
		GD.28.4	Konteynerlerin iç yüzeyleri yükleme-boşaltma sırasında torbaların hasarlanmasına veya delinmesine yol açabilecek keskin kenarlar ve dik köşeler içermemelidir.
		GD.28.5	Konteynerlerin dış yüzeyleri turuncu renkte olmalı, üzerlerinde görülebilecek uygun büyüklükte ve siyah renkli "Uluslararası Biyotehlike" amblemi ile siyah harfler ile yazılmış "Dikkat! Tıbbi Atık" ibaresi bulunmalıdır.
		GD.28.6	Konteynerler daima temiz ve boyanmış durumda olmalı ,zemin talaşlanmalı, atıkların boşaltılmasını müteakiben veya herhangi bir kazadan hemen sonra temizlenmeli ve dezenfekte edilmelidir.
144	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.29	Tehlikeli atıkların yönetimi uygun yapıyor mu?
		GD.29.1	Sitotoksik, sitostatik, kemoterapi ilaçları ve bu ilaçlarla kontamine olmuş atıklar, Miadı dolmuş ilaçlar, Tehlikeli madde içeren ya da tehlikeli maddelerden oluşan kimyasallar(Ksilen, formaldehit, gluteraldehit vb.) Tehlikeli madde kalıntıları içeren veya tehlikeli maddelerle kontamine olmuş ambalajlar, Amalgam atıkları, Kartuj ve tonerler, Flourosan ve diğer civa içeren atıklar, Tehlikeli maddeler ile kirlenmiş emiciler, filtre malzemeleri, temizleme bezleri, koruyucu giysi, Elektrik ve elektronik ekipman atıkları, Eski aküler, Tehlikeli maddelerle kontamine olmuş metal atıkları, Yağ katran ve diğer maddeler içeren kablolar, Kullanılmış (mum) parafin ve yağlar Röntgen banyo suları ve piller, diğer atıklardan kaynağında ayrı toplanmalıdır.
		GD.29.2	Tehlikeli atıklar tesis ve binalardan uzakta beton saha üzerine yerleştirilmiş sağlam, sızdırmaz (zemin ve çatı izolasyonuna sahip), emniyetli uygun depo içerisinde geçici olarak muhafaza edilmeli ve taşınabilir yangın söndürme tüpü olmalıdır.
		GD.29.3	Tehlikeli atıklar depo içerisinde çapraz reaksiyona sebep olmayacak şekilde, EWC kodlamalarına göre farklı alanlarda depolanmalıdır.
		GD.29.4	Depoda toplanmış olan tehlikeli atık kaplarının üzerinde atığın çeşidi, kaynağı, miktarı ve depoya giriş tarihi ile ilgili bilgiler açık olarak yazılmalıdır.
		GD.29.5	Sağlık tesisinde üretilen tehlikeli atıkların depolanma süresi 180 günü aşmamalıdır.
		GD.29.6	Geçici depolanan tehlikeli atıklar Ulusal Atık Taşıma Formu ile lisanslı bertaraf firmasına teslim edilmelidir.
		GD.29.7	Her yıl ocak ve mart ayları arasında Tehlikeli Atık Beyan Sistemine (TABS) bir önceki yılın atık beyanı (Tıbbi, tehlikeli, bitkisel atıklar) yapılmalı ve beyan 5 yıl saklanmalıdır.
145	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.30	Acil çıkış yolları uygun olarak düzenlenmiş mi?
		GD.30.1	Acil çıkışları gösteren çıkış levhaları olmalıdır.

		GD.30.2	Yangın merdivenleri boş bulundurulmalıdır ve kaymayı önleyici malzeme kullanılmalıdır.
		GD.30.3	Yangın merdivenlerinin havalandırma ve aydınlatması uygun olmalıdır.
		GD.30.4	Kaçış yolu kapıları; kilitli olmamalı, ısıya dayanıklı, duman sızdırmaz ve kaçış yönüne doğru açılabilir olmalıdır.
146	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.31	Yangın söndürme sistemlerinin yerleşimi uygun mu, kontrolleri ve genel bakımları yapılıyor mu?
		GD.31.1	Sağlık tesisinin yangın ile ilgili plan/krokileri kolay ulaşılabilir olmalı ve krokilerde yangın söndürme sistemlerinin yeri belirtilmelidir.
		GD.31.2	Söndürme cihazları kolay ulaşılabilir ve görülebilir yerlerde bulunmalıdır.
		GD.31.3	Yangın söndürme tüplerinin zeminden olan yüksekliği 90 cm'yi aşmayacak şekilde olmalı ve sabitlenmelidir.
		GD.31.4	Yangın uyarı butonları yerden en az 110 cm ve en fazla 130 cm yüksekliğe yerleştirilmeli,kolayca görülebilir ve erişilebilir olmalıdır.
		GD.31.5	Yangın söndürme tüpleri ve yangın hortumları altı ayda bir kontrol edilmelidir.
		GD.31.6	Yangın söndürme tüplerinin yıllık genel bakımları yapılmalı, standartlara uygun toz kullanılmalı ve dört yıl sonunda tozu değiştirilmelidir.
		GD.31.7	Yapılan altı aylık,yıllık test ve kontrol sonuçları kayıt altına alınmalıdır.Peryodik kontroller yangın güvenliği sorumlusu veya temsilcisinin gözetiminde yapılmalıdır.
147	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.32	Kurumda personele verilecek eğitimlere yönelik bir eğitim planı oluşturulmuş mu?
		GD.32.1	Kurumda personele verilecek olan eğitimlere yönelik eğitim planı oluşturulmalıdır.
		GD.32.2	Eğitimler planlanan zamanda yapılmalıdır.
148	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.33	Çalışanlara "uyum eğitimleri" verilmiş mi?
		GD.33.1	Kuruma yeni başlayan personele, bir hafta içinde uyum eğitimi verilmelidir.
		GD.33.2	Çalışanlara verilen genel ve bölüm uyum eğitiminin kayıtları olmalıdır.
149	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.34	Çalışanlara belirtilen konularda eğitimler verilmiş ve eğitimlerin kayıtları tutulmuş mu?
		GD.34.1	Çalışanlara mavi kod konusunda eğitim verilmelidir.
		GD.34.2	Çalışanlara beyaz kod uygulamasıyla ilgili eğitim verilmelidir
		GD.34.3	Çalışanlara pembe kod uygulamasıyla ilgili eğitim verilmelidir.
		GD.34.4	Kurumda tüm çalışanlara el hijyeni eğitimi verilmelidir.
		GD.34.5	Çalışanlara hastane enfeksiyonları konusunda eğitim verilmelidir.
		GD.34.6	Hasta kayıt, danışma, karşılama ve yönlendirme personeline hasta hakları, kişiler arası ilişkiler ve iletişim konularında hizmet içi eğitim verilmelidir.
		GD.34.7	Çalışanlara tehlikeli ve tıbbi atıkların depolanması, taşınması, toplanması ve bunlara maruz kalma durumunda yapılması gerekenler hakkında eğitimler verilmelidir.(Tıbbi atık taşıma personeline tıbbi atık yönetimi ile ilgili eğitim verilmeli ve verilen eğitimin kayıtları olmalıdır.)
		GD.34.8	İlgili personele "Güvenli cerrahi uygulamaları" konusunda eğitim verilmelidir.
		GD.34.9	İlgili personele "Düşme Riskini Önleme" konusunda eğitim verilmelidir.
		GD.34.10	İlgili personele "İlaç Güvenliği" konusunda eğitim verilmelidir.
		GD.34.11	İlaçlarda Advers Etki Bildirimi ve Tıbbi Sarf Malzemelerinde beklenmeyen etkilerin ve hatalı ürünlerin takip edilmesi ile ilgili sağlık personeline gerekli eğitimler düzenlenmelidir.
		GD.34.12	İlgili personele "Kimlik Doğrulama" konusunda eğitim verilmelidir.
		GD.34.13	Temizlik hizmetlerinde çalışanlara gerekli eğitimler verilmelidir.
		GD.34.14	Sağlık tesisinde çalışan tüm personele temel yaşam desteği eğitimi verilmelidir.
		GD.34.15	Yoğun bakım ve acilde çalışan sağlık personeline ileri yaşam desteği eğitimi verilmelidir.
		GD.34.16	Sağlık tesisinde çalışan tüm personele MHRS ile ilgili gerekli eğitimler verilmelidir.
		GD.34.17	Sağlık çalışanlarına sözel order konusunda eğitim verilmelidir.
		GD.34.18	Sağlık tesinde görev yapan tüm personele "Hasta bilgilerinin mahremiyeti ve gizliliğinin korunması" hakkında eğitim verilmelidir.
150	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.35	Gözlem esnasında eğitimi değerlendirilen personele verilen eğitimler ile sağlık tesisindeki eğitim kayıtları uyumlu mu?

		GD.35.1	Gözlem esnasında eğitimi değerlendirilen personelin, eğitim aldığına dair kayıtları sağlık tesisinde bulunmalıdır.
151	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.36	Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde asistan eğitimine ait düzenlemeler yapılıyor mu?
		GD.36.1	Eğitim programı oluşturulmalı ve uygulanmalıdır.
		GD.36.2	Eğitim programına uygun asistan karneleri doldurulmalıdır.
152	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.37	Sağlık tesisinin web sayfasında sağlık tesisinde verilen hizmetler hakkında bilgi veriliyor mu?
		GD.37.1	Sağlık tesisinin Web sayfasında; -Hastanenin hizmet verdiği bölüm ve branşlar, -Hekim aylık ve günlük çalışma listesi, -Randevu alma bilgileri, -Tetkik sonuçlarına ulaşım alanı, -Çalışanların, hasta ve yakınlarının önerilerini bildirebileceği alan, -Ziyaret saatleri ve ziyaretçilerin uyması gereken kurallar, -Hastaneye ulaşım ve iletişim bilgileri olmalıdır.
		GD.37.2	Bilgiler güncel olmalıdır.
153	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.38	Su deposunun periyodik kontrolleri yapılıyor mu?
		GD.38.1	Su deposunda haftalık klor ölçümü yapılmalıdır.Ölçülen klor oranı kayıt edilmelidir.
		GD.38.2	Su deposundan yılda en az 2 (iki) kez su numunesi alınarak bakteriyolojik ve kimyasal analizler yapılmalıdır.
		GD.38.3	Su deposunun periyodik olarak yılda 1(bir) kez boşaltılıp temizlenerek dezenfekte edildiğine dair kayıtları olmalıdır.
154	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.39	Enerji tüketim takip modülüne veri girişleri doğru ve düzenli olarak yapılıyor mu?
		GD.39.1	Enerji tüketim takip modülünde veri giriş yetkilisi iletişim bilgileri güncel olmalıdır.
		GD.39.2	Elektrik faturalarının veri girişleri enerji tüketim takip modülüne düzenli olarak yapılmalıdır.
		GD.39.3	Su faturalarının veri girişleri enerji tüketim takip modülüne düzenli olarak yapılmalıdır.
		GD.39.4	Yakıt faturalarının veri girişleri enerji tüketim takip modülüne düzenli olarak yapılmalıdır.
155	AYNIYAT DEPO		Ayniyat depo Taşınır Kayıt ve Kontrol Yetkilileri'nin görevlendirilme yazıları tebliğ edilip, MKYS'de görevli oldukları depoların tanımlamaları yapılmış mı?
		AD.1.1	Ayniyat depolarında görevlendirilen, Taşınır Kayıt ve Kontrol Yetkililerinin görevlendirmeleri tebliğ edilmiş ve bu görevlendirme Taşınır Kayıt Kontrol Yetkilileri tarafından tebliğ edilmiş olmalıdır.
		AD.1.2	Taşınır Kayıt ve Kontrol Yetkililerinin görevli oldukları depolara kullanıcı ve rol tanımlama işlemleri için, genel sekreterliklerde görevli İl Konsolide Yetkilisi'ne yazılmış talep yazısı olmalıdır.
156	AYNIYAT DEPO	AD.2	Ayniyat depoların yönetimine ilişkin organizasyon yapısı ve iletişim kanalları belirlenmiş mi?
		AD.2.1	Ayniyat depolarda, depo yönetimine ilişkin mevzuata uygun organizasyon yapısı bulunmalıdır.
		AD.2.2	Bu organizasyon yapısında, sağlık tesisi, genel sekreterlik ve kurum başkanlığı dahilinde iletişim kanalları bulunmalıdır.
157	AYNIYAT DEPO	AD.3	HBYS'de yapılan ve entegrasyon ile MKYS'ye gönderilen her türlü işlemlerin (giriş, çıkış, aylık tüketim bildirimi vb.) TİF'leri MKYS sisteminden alınıyor mu?
		AD.3.1	HBYS'de yapılan ve entegrasyon ile MKYS'ye gönderilen her türlü giriş, çıkış, aylık tüketim bildirimi vb. işlemlerin TİF (taşınır işlem fişleri)'leri HBYS sisteminden değil, MKYS sistemi üzerinden alınmalı ve dosyalanmalıdır.
158	AYNIYAT DEPO	AD.4	Ayniyat dayanıklı taşınırların üzerinde malzeme bilgilerini gösteren etiketler mevcut mu?
		AD.4.1	Sağlık tesisi içerisinde yer alan ayniyat dayanıklı taşınırların üzerinde malzeme adı, sicil, seri veya künye numaralarını gösteren etiketler bulunmalıdır.
159	AYNIYAT DEPO	AD.5	Ayniyat dayanıklı taşınır depolarında yapılan her türlü H.E.K. işlemleri yönetmeliklere uygun yapılıyor mu?
		AD.5.1	H.E.K işlemleri ilgili prosedürlere göre yapılmalıdır.
		AD.5.2	Ahşap aksamı taşınırların imha işlemi (Kullanılamaz hale gelme / Yok olma) oluşturulan komisyonun gözetiminde yapılmalıdır. Bu işleme ilişkin ayrıca bir imha tutanağı düzenlenmeli, imha işleminde özel mevzuat hükümleri dikkate alınmalıdır.
160	AYNIYAT DEPO	AD.6	Her türlü tedarik yolu ile ayniyat depolarına girişi yapılacak malzemelerin muayene kabul, hizmet ifa ve teslim tutanakları ayniyat depolarından sorumlu Taşınır Kayıt Kontrol Yetkilisi'nin gözetiminde düzenleniyor mu?
		AD.6.1	Ayniyat depolarına girişi yapılacak malzemelerin muayene kabul, hizmet ifa ve teslim tutanakları v.b işlemlerde ayniyat depolarından sorumlu Taşınır Kayıt Kontrol Yetkilisi bulunmalıdır.
161	AYNIYAT DEPO	AD.7	Ayniyat depo alanları uygun fiziki koşullara sahip mi?

		AD.7.1	Yer, duvar ve tavanları su geçirmez, temizlenebilir, rutubet önleyici ve dayanıklı malzemeyle kaplanmış, boyanmış olmalıdır.
		AD.7.2	Depolardaki atık su boruları açıkta görülmeyecek şekilde kapatılarak yalıtımı yapılmalıdır.
		AD.7.3	Depo raflarında bulunan malzemelerin duvar ve zemin ile teması bulunmamalıdır.
		AD.7.4	Depoda bulunan raf sistemlerinde devrilmeye karşı gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.
		AD.7.5	Haşerelere karşı önlem alınmalıdır.
		AD.7.6	Depo, hastane ihtiyacını karşılayacak yeterlilikte fiziki yapıya sahip olmalıdır.
		AD.7.7	Depolarda malzeme yerleşim planı bulunmalıdır.
162	AYNİYAT DEPO	AD.8	Depoların güvenliğini sağlamak amacıyla gerekli düzenlemeler yapılmış mı?
		AD.8.1	Hırsızlık için gerekli tedbirler alınmalıdır.
		AD.8.2	Yangın tehlikesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.
		AD.8.3	Deprem, su basması ve sel felaketlerine karşı gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.
		AD.8.4	Elektiriğe bağlı yaşanacak olumsuzluklara karşı gerekli tedbirler alınmalıdır.(Elektrik kablosu gibi açıkta aktif kaynak bırakmamak vb.)
163	AYNİYAT DEPO	AD.9	Yeni göreve başlayan ayniyat depo Taşınır Kayıt ve Kontrol Yetkilileri'ne uyum eğitimleri verilerek, eğitim planı, talimatı ve eğitim dökümanları oluşturulmuş mu?
		AD.9.1	Yeni göreve başlayan ayniyat depo Taşınır Kayıt Kontrol Yetkilileri'ne, Taşınır Mal Yönetmeliği'ne uygun olarak Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemi eğitimleri verilmelidir.
		AD.9.2	Eğitim planı, içeriği ve katılımcılar hakkında kayıtlar olmalıdır.
164	AYNİYAT DEPO	AD.10	Özellikli sağlık araçlarındaki dayanıklı taşınırların ilgili depoya kaydı yapıldıktan sonra, sağlık aracının ilk kayıtlı değeri düzeltilerek MKYS'de yeniden kayıt altına alınıyor mu?
		AD.10.1	Özellikli sağlık araçlarındaki biyomedikal dayanıklı taşınırların MKYS'de ilgili depoya kaydı yapılmış olmalıdır.
		AD.10.2	Sağlık araçlarındaki biyomedikal dayanıklı taşınırlara belirlenmiş tutar kadar, aracın daha önceki kayıtlı bedelinden düşüm yapılarak ayniyat dayanıklı taşınır depolarına düzeltme çıkış ve düzeltme giriş işlemi ile kayıt altına alınmalı ve saymanlığa bildirimi yapılmalıdır.
165	AYNİYAT DEPO	AD.11	Teknik servis dökümanlarında ayniyat taşınırlarına ait sicil veya seri numaraları üzerinden işlem yapılıyor mu?
		AD.11.1	Teknik servis formlarında ayniyat dayanıklı taşınırlara ait sicil, seri veya künye numaraları bulunmalıdır.
166	AYNİYAT DEPO	AD.12	Bağış ve hibe olarak edinilen taşınırların MKYS'ye kaydı yapılıyor mu?
		AD.12.1	Bağış ve hibe yolu ile edinilen taşınırlar MKYS'de kayıt altına alındıktan sonra, giriş TİF'lerinin ilgili saymanlığa bildirimleri yapılmalıdır.
167	AYNİYAT DEPO	AD.13	Düzeltilme işlemi yapılan malzemelerin TİF'leri muhasebe birimine gönderiliyor mu?
		AD.13.1	Düzeltilme işlemi yapılan malzemelerin 2. düzey hesap kodlarında değişiklik yapılıyorsa düzeltme TİF'leri muhasebe işlem fişi ile birlikte muhasebeye bildirilmelidir.
168	AYNİYAT DEPO	AD.14	Ambarlar arası devir çıkış ve devir giriş işlemlerinde 2. düzey taşınır kodları, tutar ve miktarlar uyumlu mu?
		AD.14.1	Sağlık tesisi içinde yapılan ambarlar arası devir çıkış ve devir giriş işlemleri için düzenlenen Taşınır İşlem Fişlerinde 2. düzey taşınır kodları, miktar ve tutarlar aynı olmalıdır.
169	AYNİYAT DEPO	AD.15	Ayniyat depoları için HBYS ile MKYS entegrasyonu sağlanmış mı?
		AD.15.1	Ayniyat depolarında HBYS kullanılıyor ise; MKYS ile entegrasyonun uygunluğu sağlanmış olmalıdır.
		AD.15.2	HBYS entegrasyonu ile MKYS'ye gönderilen verilerin doğruluğu karşılaştırılmalı, depolardaki mevcut malzemelerin (-) eksi stoğa düşüp düşmediği kontrol edilmelidir.
170	AYNİYAT DEPO	AD.16	Ayniyat dayanıklı taşınırlar teknik hizmet kapsamında sağlık tesisi dışına çıkarıldığında, MKYS "Malzeme İşlemleri" modülünden emanet çıkış ve emanet giriş işlemi yapılıyor mu?
		AD.16.1	Ayniyat dayanıklı taşınırlar teknik hizmet kapsamında sağlık tesisi dışına çıkarıldığında, MKYS "Malzeme İşlemleri" modülünden emanet çıkışı yapılmalı, emanet çıkışı yapılan dayanıklı taşınırı ait çıkış TİF'i dayanıklı taşınırı teslim eden ve teslim alan tarafından imzalanmalıdır.
		AD.16.2	Ayniyat dayanıklı taşınırlar sağlık tesisine geri iade edildiğinde, MKYS "Malzeme İşlemleri" modülünden emanet iade işlemi yapılmalı, emanet iade işlemi yapılan dayanıklı taşınırı ait giriş TİF'i dayanıklı taşınırı teslim eden ve teslim alan tarafından imzalanmalıdır.
171	AYNİYAT DEPO	AD.17	Satınalma, devir, hurda, hibe vb. giriş ve çıkış işlem TİF'leri düzenlendikten sonra en geç 10 gün içerisinde muhasebeleştiriliyor mu?
		AD.17.1	Muayene kabul tarihinden itibaren en geç 10 gün içerisinde taşınır işlem fişi düzenlenerek, bir nüshası ödeme emri belgesi ekinde muhasebe birimine gönderilmelidir.
		AD.17.2	Muhasebe birimine kaydının yapılabilmesi açısından aralık ayının 20. gününden sonra (acil değilse) malzeme alımı ve fatura kabulünün yapılmaması gerekmektedir.

172	AYNİYAT DEPO	AD.18	Ayniyat depolarda takibi yapılan malzemelerin MKYS/TDMS ve MKYS/KBS ile uyumluluk kontrolleri ilgili dönemlerde yapılıyor mu?
		AD.18.1	Döner sermaye tüketim çıkış bildirimleri birer aylık, genel bütçe tüketim çıkış bildirimleri ise üçer aylık dönemlerde ilgili saymanlıklara gönderilir. Saymanlıkların bu bildirimleri gönderilen ay içinde TDMS veya KBS'ye işlemesi zorunludur. Saymanlıklara gönderilen giriş, çıkış, devir, düzeltme v.b. işlem TİF'lerinin TDMS veya KBS'ye doğru şekilde işlendiğinin takibi için MKYS/TDMS ve MKYS/KBS hesap kontrolleri ilgili dönemlerde yapılmalıdır.
173	AYNİYAT DEPO	AD.19	TDMS ve MKYS'de dayanıklı taşınır kayıtları uygun şekilde yapılıyor mu?
		AD.19.1	TDMS ve MKYS'de dayanıklı taşınır kayıtları uygun şekilde yapılmalıdır. MKYS'de 253-01 Tesisler Grubu kodunda dayanıklı taşınır kavdı bulunmamalıdır. İlgili kod taşınmaz olarak değerlendirildiğinden
174	AYNİYAT DEPO	AD.20	Fatura girişi yapılan malzemelerin MKYS sisteminde depo kaydı oluşturulmuş mu?
		AD.20.1	Entegrasyon ve entegrasyon kapsamında olmayan depolarda depo kayıtlarının oluşturulup, oluşturulmadığı kontrol edilmelidir.
175	AYNİYAT DEPO	AD.21	Kişi veya ortak kullanıma verilen zimmet tutanakları mevcut mu?
		AD.21.1	Kişi veya ortak kullanıma verilen zimmetlerin tutanakları karşılıklı imzalandıktan sonra bir nüshası zimmet sahibine teslim edilmelidir.
		AD.21.2	Kişi veya ortak kullanıma verilen zimmet tutanakları güncel olmalı ve dosyalanmalıdır.
176	BİYOMEDİKAL DEPO	BD.1	Biyomedikal Depo yönetimine ilişkin organizasyon yapısı ve iletişim kanalları belirlenmiş mi?
		BD.1.1	Depo sorumluluk alanlarına göre depo ayrımları yapılmış, Biyomedikal Depo yapısı mevzuata uygun olarak oluşturulmuş olmalıdır.
		BD.1.2	Depo sorumluluk alanlarının belirtildiği; Sağlık Tesisleri, Genel Sekreterlik ve Kurum Başkanlığı ile iletişim kanalları ve bilgilerinin yer aldığı bir organizasyon yapısı yazılı olarak bulunmalıdır.
177	BİYOMEDİKAL DEPO	BD.2	Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt Kontrol Yetkilileri mevzuata uygun şekilde görevlendirilmiş mi?
		BD.2.1	Harcama yetkilisi tarafından Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt Kontrol Yetkililerine görevlendirmeleri tebliğ edilmiş ve bu görevlendirme Taşınır Kayıt Kontrol Yetkilileri tarafından tebliğ edilmiş olmalıdır.
		BD.2.2	Görevlendirilen Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt Kontrol Yetkilileri teknik hizmetler sınıfından olmalıdır. (A1 genel, A2 genel ve B grubu sağlık tesisleri için geçerlidir.)
178	BİYOMEDİKAL DEPO	BD.3	Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt ve Kontrol Yetkililerine yönelik eğitim dokümanları mevcut mu?
		BD.3.1	Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt ve Kontrol Yetkililerine İl Konsolide Görevlileri tarafından Taşınır Mal Yönetimine yönelik mevzuat ve MKYS kullanım eğitimi verilmelidir.
		BD.3.2	Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt ve Kontrol Yetkililerine Klinik Mühendislik Hizmetleri Birimleri tarafından biyomedikal dayanıklı taşınır sınıflandırma (tür, tanım, taşınır kod gibi) ve cihaz bilgilendirmesine yönelik teknik bilgi verilmelidir.
179	BİYOMEDİKAL DEPO	BD.4	İstatistik biriminin biyomedikal dayanıklı taşınırlar ile ilgili tuttuğu veriler ve Sağlık Tesisinin mevcut durumu ile biyomedikal dayanıklı taşınır depo kayıtları birbiri ile uyumlu mu?
		BD.4.1	İstatistik biriminin biyomedikal dayanıklı taşınırlar ile ilgili tuttuğu veriler ile biyomedikal dayanıklı taşınır depo kayıtları birbiri ile uyumlu olmalıdır.
		BD.4.2	Sağlık Tesisinin mevcut durumu ile biyomedikal dayanıklı taşınır depo kayıtları birbiri ile uyumlu olmalıdır.
180	BİYOMEDİKAL DEPO	BD.5	Biyomedikal dayanıklı taşınır depo kapsamındaki hesap kodlarında kayıtlı olan ancak biyomedikal dayanıklı taşınır niteliğinde olmayan malzemelerin uygun depolara devirleri yapılmış mı?
		BD.5.1	Biyomedikal Dayanıklı Taşınır Depo kapsamındaki hesap kodlarında kayıtlı olan ancak biyomedikal dayanıklı taşınır niteliğinde olmayan demirbaşların uygun depolara devirleri yapılmalıdır.
		BD.5.2	Biyomedikal Dayanıklı Taşınır Depo kapsamındaki hesap kodlarında kayıtlı olan ancak tüketim malzemesi niteliğinde olan malzemelerin uygun depolara devirleri yapılmalıdır.
181	BİYOMEDİKAL DEPO	BD.6	Özellikli sağlık araçlarında bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların depo kaydı mevcut mu?
		BD.6.1	Özellikli sağlık araçlarında bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların depo kaydı bulunmalıdır.
182	BİYOMEDİKAL DEPO	BD.7	Sağlık Tesisleri tarafından kullanılan yazılımların depo kaydı mevcut mu?

		BD.7.1	Satın alınan yazılımların 267-01 altında ilgili 2. Düzey Taşınır Kodunda depo kaydı olmalıdır.
		BD.7.2	Hizmet alımı yapılan veya süreli olarak edinilen yazılımların 740.99.03.04 “Bilgisayar, Bilgisayar Sistemleri ve Yazılımları Kiralaması Giderleri” hesap kodundan kayıt altına alınması gerekmektedir.
		BD.7.3	Hizmet alımı yapılan veya süreli olarak edinilen yazılımların Dayanıklı Taşınır Hizmet Alım Ekranında kaydı olmalıdır.
183	BİYOMEDİKAL DEPO	BD.8	Biyomedikal dayanıklı taşınırlara ve tüketim malzemelerine ait fatura içeriği depo kayıtlarına uygun mu?
		BD.8.1	Biyomedikal dayanıklı taşınırlara ait fatura içeriği depo kayıtlarına uygun olmalıdır.
		BD.8.2	Biyomedikal tüketim malzemelerine ait fatura içeriği depo kayıtlarına uygun olmalıdır.
		BD.8.3	Biyomedikal dayanıklı taşınır ve tüketim malzemelerinin satın alma süreçlerinde kullanılan tanımlamalar depo kayıtlarına uygun olmalıdır.
184	BİYOMEDİKAL DEPO	BD.9	Biyomedikal tüketim malzemesi istem belgelerinde istenilen malzemenin tanımı ve kullanılacağı taşınıra ait künye bilgisi mevcut mu?
		BD.9.1	Biyomedikal tüketim malzemesi istemi yapılırken, yazılım üzerinden düzenlenen ve/veya matbu formdaki istem belgelerinde malzemenin kullanılacağı dayanıklı taşınıra ait künye bilgisinin doldurulacağı alan bulunmalıdır.
		BD.9.2	Bu istem belgelerinde künye bilgisi alanı istem yapan personel tarafından doldurulmuş olmalıdır.
		BD.9.3	İstem belgesinde bulunan malzeme tanımı MKYS Biyomedikal Tüketim Malzemeleri Sınıflandırma Sistemi ile uyumlu olmalıdır.
185	BİYOMEDİKAL DEPO	BD.10	Biyomedikal dayanıklı taşınırlar sağlık tesisi dışına çıkarıldığında, MKYS “Malzeme İşlemleri” modülünden emanet çıkışı yapıyor mu?
		BD.10.1	Biyomedikal dayanıklı taşınırlar teknik hizmet kapsamında sağlık tesisi dışına çıkarıldığında, MKYS “Malzeme İşlemleri” modülünden emanet çıkışı yapılmalı, emanet çıkışı yapılan dayanıklı taşınıra ait çıkış TİF’i dayanıklı taşınırı teslim eden ve teslim alan tarafından imzalanmalıdır.
		BD.10.2	Biyomedikal dayanıklı taşınırlar evde sağlık hizmetleri 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.10.3	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.
186	BİYOMEDİKAL DEPO	BD.11	Piyasa Gözetimi ve Denetimi (PGD) Uyarı Sistemine yönelik yapılacak iş ve işlemlerle ilgili yazılı bir talimat mevcut mu?
		BD.11.1	Biyomedikal Depolar kapsamında Piyasa Gözetimi ve Denetimi (PGD) Uyarı Sistemine yönelik yapılacak iş ve işlemlerle ilgili yazılı bir talimat mevcut olmalıdır.
187	BİYOMEDİKAL DEPO	BD.12	Sağlık tesisinde bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların zimmet bilgisi MKYS’de mevcut mu?
		BD.12.1	Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (acil, poliklinik, laboratuvar, servis, ameliyathane, yoğun bakım, görüntüleme, sterilizasyon, özellikli üniteler, ilaç hazırlama üniteleri) bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların zimmetli olduğu personel ya da zimmetli olduğu kullanım yeri bilgisi güncel olmalıdır.
188	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.1	Klinik Mühendislik Hizmetleri’ne ilişkin organizasyon yapısı ve iletişim kanalları belirlenmiş mi?
		KM.1.1	Harcama yetkilisi tarafından Klinik Mühendislik hizmetlerinden sorumlu personele görevlendirmeleri tebliğ edilmiş ve bu görevlendirme sorumlu personel tarafından tebliğ edilmiş olmalıdır.
		KM.1.2	Klinik Mühendislik Hizmetleri’ne ilişkin mevzuata uygun organizasyon yapısı bulunmalıdır.
		KM.1.3	Bu organizasyon yapısında sağlık tesisindeki sorumlu personel ile Genel Sekreterlik ve Kurum Başkanlığındaki ilgili kişilerin iletişiminin sağlanması için bu kişilerin iletişim kanalları ve bilgileri yer almalıdır.
189	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.2	Klinik Mühendislik Sorumlusu ile Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt ve Kontrol Yetkilisi ayrı olarak tanımlanmış mı? (A1 Genel ve A2 Genel grubu sağlık tesislerinde değerlendirilecektir.)
		KM.2.1	Klinik Mühendislik Sorumlusu ile Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt ve Kontrol Yetkilisi farklı kişiler olmalıdır.
190	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.3	Klinik Mühendislik Hizmetleri görev ve sorumluluk alanlarında kullanılan yazılımların MKYS entegrasyonu sağlanmış mı?
		KM.3.1	Klinik Mühendislik Hizmetleri görev ve sorumlulukları alanında kullanılan yazılımların Türkiye Kamu Hastaneleri Kurum Başkanlığı tarafından düzenlenmiş entegrasyon belgesi bulunmalıdır.

191	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.4	Biyomedikal dayanıklı taşınırın üzerinde, MKYS'de yer alan bilgilerin olduğu kare kodu içeren etiket mevcut mu?
		KM.4.1	Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (acil, poliklinik, laboratuvar, servis, ameliyathane, yoğun bakım, görüntüleme, sterilizasyon, özellikli üniteler, ilaç hazırlama üniteleri) bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırın üzerinde, MKYS'de yer alan bilgilerin olduğu kare kod içeren etiket olmalıdır.
192	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.5	MKYS'de Dayanıklı Taşınır Envanter Yönetimi Ekranı üzerinden girilen veri girişleri doğru şekilde yapılıyor mu?
		KM.5.1	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.
193	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.6	Tedarik edilen biyomedikal dayanıklı taşınır ve tüketim malzemelerine yönelik muayene - kabul, hizmeti ifa ve teslim tutanakları uygun şekilde düzenleniyor mu?
		KM.6.1	Sağlık tesisi tarafından hizmet alımı haricinde bir yolla temin edilen biyomedikal dayanıklı taşınırlara yönelik muayene - kabul ve teslim tutanakları ilgili komisyon üyelerinden en az biri Klinik Mühendislik Hizmetleri Birim personeli ve/veya Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt Kontrol Yetkilisi olacak şekilde düzenlenmelidir.
		KM.6.2	Sağlık tesisi tarafından temin edilen biyomedikal tüketim malzemelerine yönelik teslim tutanakları Klinik Mühendislik Hizmetleri Birim personeli ve/veya Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt Kontrol Yetkilisi tarafından imzalanmış olmalıdır.
		KM.6.3	Hizmet alım yoluyla temin edilen biyomedikal dayanıklı taşınırlara yönelik hizmeti ifa tutanakları ilgili komisyon üyelerinden en az biri Klinik Mühendislik Hizmetleri Birim personeli ve/veya Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt Kontrol Yetkilisi olacak şekilde düzenlenmelidir.
		KM.6.4	Sahibi olunan biyomedikal dayanıklı taşınırlara uygulanan biyomedikal teknik hizmetlerin (bakım, onarım, metroloji, kurulum gibi) hizmeti ifa tutanakları ilgili komisyon üyelerinden en az biri Klinik Mühendislik Hizmetleri Birim personeli ve/veya Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt Kontrol Yetkilisi olacak şekilde düzenlenmelidir.
194	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.7	Biyomedikal dayanıklı taşınırlara yönelik kullanıcı eğitimleri veriliyor mu?
		KM.7.1	Sağlık tesislerinde kullanılan biyomedikal dayanıklı taşınırlara, kullanıcı eğitimi verildiğine dair kayıtlar ilgili birimlerde / eğitim birimlerinde bulunmalıdır.
		KM.7.2	Klinik Mühendislik Hizmetleri Biriminde sağlık personeline biyomedikal dayanıklı taşınırın kullanımına yönelik verilen eğitimlerin dokümanları bulunmalıdır.
195	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.8	Biyomedikal dayanıklı taşınırın aktif, pasif ve arızada kalma süreleri kayıt altına alınıyor mu?
		KM.8.1	Hizmet alım yoluyla edinilen biyomedikal dayanıklı taşınırın aktif, pasif ve arızada kalma süreleri kayıt altına alınmalıdır.
		KM.8.2	Demirbaş niteliğindeki biyomedikal dayanıklı taşınırın aktif, pasif ve arızada kalma süreleri kayıt altına alınmalıdır.
		KM.8.3	Biyomedikal dayanıklı taşınırlara ait aktif, pasif, arızalı durumu MKYS'de güncel olmalıdır.
196	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.9	Sözleşme kapsamındaki biyomedikal dayanıklı taşınırın %95 aktif çalışma (uptime) süreleri ile ilgili hükümler sözleşmelerde mevcut mu?
		KM.9.1	Sözleşme kapsamındaki biyomedikal dayanıklı taşınırın %95 aktif çalışma (uptime) süreleri ile ilgili hükümler sözleşmelerde mevcut olmalıdır.
		KM.9.2	Sözleşme hükümlerince biyomedikal dayanıklı taşınırın aktif çalışma (uptime) süreleri kayıt altına alınmalıdır.

197	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.10	Özellikli biyomedikal dayanıklı taşınırlara yönelik elektrik dalgalanmaları ve şebeke kesintilerine karşı tedbir alınmış mı?
		KM.10.1	Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (acil, poliklinik, laboratuvar, servis) bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırlara yönelik elektrik dalgalanmaları ve şebeke kesintilerine karşı tedbir alınmalıdır.
		KM.10.2	Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (ameliyathane, yoğun bakım, sterilizasyon ve özellikli üniteler) bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırlara yönelik elektrik dalgalanmaları ve şebeke kesintilerine karşı tedbir alınmalıdır.
		KM.10.3	Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (görüntüleme, nükleer tıp, radyoterapi) bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırlara yönelik elektrik dalgalanmaları ve şebeke kesintilerine karşı tedbir alınmalıdır.
		KM.10.4	Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (acil, poliklinik, laboratuvar, servis) bulunan kesintisiz güç kaynaklarının kullanım-bakım ve acil müdahale plan ve prosedürleri bulunmalı, periyodik bakımları yapılmalıdır.
		KM.10.5	Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (ameliyathane, yoğun bakım, sterilizasyon ve özellikli üniteler) bulunan kesintisiz güç kaynaklarının kullanım-bakım ve acil müdahale plan ve prosedürleri bulunmalı, periyodik bakımları yapılmalıdır.
		KM.10.6	Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (görüntüleme, nükleer tıp, radyoterapi) bulunan kesintisiz güç kaynaklarının kullanım-bakım ve acil müdahale plan ve prosedürleri bulunmalı, periyodik bakımları yapılmalıdır.
		KM.10.7	Sağlık tesislerinde bulunan kesintisiz güç kaynakları ve altyapı özellikleri sağlık tesisinin ihtiyaçlarını karşılayabilecek yeterlilikte olmalıdır.
198	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.11	Faydalı ömrünü tamamlamış biyomedikal dayanıklı taşınırların HEK'e ayrılmasına, kullanılamaz hale gelen biyomedikal tüketim malzemelerinin ise kullanım dışı bırakılmasına yönelik yazılı bir düzenleme var mı?
		KM.11.1	Faydalı ömrünü tamamlamış biyomedikal dayanıklı taşınırların HEK'e ayrılmasına yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır.
		KM.11.2	Kullanılamaz hale gelen biyomedikal tüketim malzemelerinin kullanıma uygun olmadıklarının belirlenmesine ve bu durumlarda kullanım dışı bırakılmasına yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır.
199	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.12	Sağlık tesislerinde biyomedikal dayanıklı taşınırların arızalanması durumunda ilgili birimdeki kullanıcıların yapması gerekenlerle ilgili yazılı düzenleme mevcut mu?
		KM.12.1	Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (acil, poliklinik, laboratuvar, servis, sterilizasyon) bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların arızalanması durumunda ilgili birimlerdeki kullanıcıların yapması gerekenlerle ilgili yazılı düzenleme bulunmalıdır.
		KM.12.2	Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (ameliyathane, yoğun bakım ve özellikli üniteler) bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların arızalanması durumunda ilgili birimlerdeki kullanıcıların yapması gerekenlerle ilgili yazılı düzenleme bulunmalıdır.
		KM.12.3	Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (görüntüleme, nükleer tıp, radyoterapi) bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların arızalanması durumunda ilgili birimlerdeki kullanıcıların yapması gerekenlerle ilgili yazılı düzenleme bulunmalıdır.
200	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.13	Sağlık tesisi tarafından evde sağlık hizmetleri kapsamında hastalara verilen biyomedikal dayanıklı taşınırların kullanımına yönelik broşür, kitapçık, kullanım kılavuzu vb. yazılı doküman mevcut mu?
		KM.13.1	Sağlık tesisi tarafından evde sağlık hizmetleri kapsamında hastalara verilen biyomedikal dayanıklı taşınırların kullanımına yönelik broşür, kitapçık, kullanım kılavuzu vb. yazılı doküman bulunmalıdır.
201	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.14	Biyomedikal dayanıklı taşınırlara yönelik periyodik teknik hizmetlerin uygulanmasına ilişkin biyomedikal tür bazlı yıllık plan mevcut mu?
		KM.14.1	Periyodik bakım yapılan biyomedikal dayanıklı taşınırlar için söz konusu işlemleri ile ilgili yıllık plan yapılmış olmalıdır.

		KM.14.2	Ölçümlemeye (metroloji) tabii biyomedikal dayanıklı taşınırılar için söz konusu işlemleri ile ilgili yıllık plan yapılmış olmalıdır.
		KM.14.3	Periyodik bakımı yılda bir olan biyomedikal dayanıklı taşınırılar bakım tarihi ölçümleme (metroloji) tarihinden önce olmalıdır.
202	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.15	Biyomedikal teknik hizmetlerin Teknik Hizmet Yönetim Ekranı üzerinden veri girişleri yapılıyor mu?
		KM.15.1	Biyomedikal teknik hizmetlerin Teknik Hizmet Yönetim Ekranı üzerinden veri girişleri yapılmalıdır.
		KM.15.2	Teknik Hizmet Yönetim Ekranına girilen tutar işlem başına TDMS 740.06.16.02 "Tıbbi Cihaz Bakım ve Onarım Giderleri" hesap kodu ile eşit olmalıdır.
		KM.15.3	Teknik Hizmet Yönetim Ekranına girilen işlemlerin toplam tutarı ile TDMS'deki bu hizmetler ile ilgili toplam tutar eşit olmalıdır.
203	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.16	Biyomedikal teknik hizmetlere ait fatura içeriği Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetimi Ekranına yapılan veri girişleriyle uyumlu mu?
		KM.16.1	Biyomedikal teknik hizmetlere ait fatura içeriği Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetimi ekranında yer alan teknik hizmet türleriyle uyumlu olmalıdır.
		KM.16.2	Biyomedikal teknik hizmetlere ait fatura içeriği Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetimi ekranında yer alan biyomedikal cihaz bilgileriyle uyumlu olmalıdır.
		KM.16.3	Biyomedikal teknik hizmetlere ait fatura içeriği Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetimi ekranında yer alan ödeme bilgileriyle uyumlu olmalıdır.
204	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.17	Teknik hizmet uygulanan biyomedikal dayanıklı taşınırılara ait künye numaraları teknik servis formlarında yer alıyor mu?
		KM.17.1	Teknik servis formlarında biyomedikal dayanıklı taşınırılara ait künye numarası bulunmalıdır.
		KM.17.2	Ölçümleme (metroloji) raporlarında biyomedikal dayanıklı taşınırılara ait künye numarası bulunmalıdır.
205	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.18	Sağlık tesisi dışından alınan biyomedikal teknik hizmet faaliyetleri süresince hizmeti sunan kişilere sağlık tesisi ilgili personeli tarafından refakat ediliyor mu?
		KM.18.1	Sağlık tesisi dışından alınan biyomedikal teknik hizmet faaliyetleri süresince hizmeti sunan kişilere sağlık tesisi ilgili personeli tarafından refakat edilmeli, refakat ettiğine ilişkin kayıt bulunmalıdır.
206	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.19	Biyomedikal Metroloji Faaliyetleri kapsamında yapılan işlemler mevzuata uygun yapılıyor mu?
		KM.19.1	Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (acil, poliklinik, görüntüleme, nükleer tıp, radyoterapi, laboratuvar, servis, ameliyathane, yoğun bakım, sterilizasyon ve özellikli üniteler) bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırılarının biyomedikal metroloji faaliyetleri kapsamında raporlama işlemleri mevzuata uygun olmalıdır.
		KM.19.2	Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (acil, poliklinik, görüntüleme, nükleer tıp, radyoterapi, laboratuvar, servis, ameliyathane, yoğun bakım, sterilizasyon ve özellikli üniteler) bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırılarının biyomedikal metroloji faaliyetleri kapsamında hizmet veren personel niteliği mevzuata uygun olmalıdır.
		KM.19.3	Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (acil, poliklinik, görüntüleme, nükleer tıp, radyoterapi, laboratuvar, servis, ameliyathane, yoğun bakım, sterilizasyon ve özellikli üniteler) bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırılarının biyomedikal metroloji faaliyetleri kapsamında kullanılan referans cihazların (kalibratör, fantom, analizör gibi) niteliği mevzuata uygun olmalıdır.

207	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.20	Merkezi gaz sistemine bağlı gaz dağıtım panolarında rutin kontroller yapılıyor mu? (Merkezi gaz sistemi bulunmayan sağlık tesisleri muaf tutulacaktır.)
		KM.20.1	Medikal gazların rutin kontrollerinin yapılmasına yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır.
		KM.20.2	Medikal gazların merkezi kontrol panolarının basınç ve akış kontrolleri günlük olarak yapılmalı ve ölçülen/gözlemlenen değerler kayıt altına alınmalıdır.
		KM.20.3	Merkezi ünitelerde olumsuz durumlarda işitsel ve görsel uyarı veren kontrol yapıları bulunmalıdır.
		KM.20.4	Medikal gazların kat kontrol panolarının periyodik bakımları yapılmalıdır.
208	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.21	İşçi Sayısı Tespit Sisteminde (İSTS) bildirilen Biyomedikal Teknik Hizmet Alımı Personeline yönelik görev tanımı ve iş emri listesi mevcut mu? (Bu alanda hizmet alım personeli bulunmayan sağlık tesisleri muaf tutulacaktır.)
		KM.21.1	Biyomedikal Teknik Hizmet Alımı ile edinilen insan kaynağı dönemsel olarak İşçi Sayısı Tespit Sistemine bildirilmelidir.
		KM.21.2	Bildirilen Biyomedikal Teknik Hizmet Alımı her personel için görev tanımı bulunmalı, sağlık tesisi ilgili personeli tarafından bu görevler her personele tebliğ edilmeli, ve personel tarafından tebellüğ edilmelidir.
		KM.21.3	Bildirilen Biyomedikal Teknik Hizmet Alımı her personele yönelik iş emri kayıtları tutulmalıdır.
209	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.1	Eczacı sayısı 4 kişi ve daha fazla olan sağlık tesisinde eczacılar nöbet tutuyor mu?
		EH.1.1	Eczanede aktif çalışan eczacı sayısı 4 kişi ve daha fazla olan sağlık tesislerinde eczacılar nöbet tutmalıdır.
210	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.
211	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.
212	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.4	Soğuk zincire tabi olan ilaç yönetimi uygun olarak yapılıyor mu? (Soğuk zincir ilacı bulunmayan sağlık tesisleri muaf tutulmalıdır.)
		EH.4.1	Soğuk zincire tabi ilaçların listesi bulunmalıdır
		EH.4.2	Soğuk zincir süreci ile ilgili yazılı düzenleme olmalıdır. (Yazılı düzenlemeler; çalışma alanlarında tercihen duvara monte PVC kitap şeklinde olmalıdır.)
		EH.4.3	Tedarikçi firma; uhdesinde kalan soğuk zincire tabi ilaçlar soğuk zincir indikatörlü etiket veya sıcaklık kaydedici dijital dereceler (data logger) gibi teknolojilerle teslim etmelidir, teslim edilene kadar geçen süreçte soğuk zincirinin kırılmadığını belgelendirmelidir.
		EH.4.4	Soğuk zincire tabi ilaçlar ; Sağlık Tesisinde de soğuk zincirin kırılmasını engelleyecek şekilde uygun şartlarda muhafaza ve transfer edilmelidir. Muhafaza ve transferi sırasında uyarı veren dijital dereceler (data-loggerlar) gibi teknolojiler kullanılmalıdır.
		EH.4.5	Dijital aktarımı sağlayan teknolojiler ile belirli periyotlarda rapor alınıp depo sorumlusu tarafından imzalanıp arşivlenmelidir.
		EH.4.6	Stok fazlası ve ihtiyaç fazlası olarak başka bir sağlık tesisine soğuk zincire tabi ilaç gönderimi soğuk zincir indikatörlü etiket veya data logger gibi teknolojilerle yapılmalıdır.
		EH.4.7	Başka bir sağlık tesisine soğuk zincire tabi ilaç gönderimi kargo firması ile yapılıyorsa soğuk zincirin kırılması durumunda, kargo firmasına rucu edilecek şekilde kargo ile anlaşma yapılmalıdır.

213	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.5	Parenteral ilaçlar aseptik koşullara uygun olarak hazırlanıyor mu? (Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi ve Onkoloji Hastanelerinde değerlendirilir.)
		EH.5.1	Parenteral ilaçlar aseptik koşullara uygun olarak hazırlanmalıdır.
214	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.6	Görünüşü, okunuşu ve yazılışı benzer ilaçların depolanmasına yönelik özel bir düzenleme yapılmış mı?
		EH.6.1	Görünüşü, okunuşu ve yazılışı benzer ilaç listeleri hazırlanmalı ve kullanımda olmalıdır.
		EH.6.2	Eczane deposunda görünüşü, okunuşu ve yazılışı benzer ilaçlar ile aynı ilacın farklı dozları ayrı raflarda saklanmalıdır.
215	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	Sağlık tesisinde ilaç ve tıbbi malzemelerle ilgili tüm sağlık personeline eczacı tarafından eğitim planı hazırlanarak eğitim verilmeli, eğitimlerin dokümanları ve kayıtları olmalıdır.
		EH.7.2	Sağlık tesisinde ilaç ve tıbbi malzeme depo sorumluluk alanlarında çalışan personele eczacı tarafından eğitim planı hazırlanarak eğitim verilmeli, eğitimlerin dokümanları ve kayıtları olmalıdır.
		EH.7.3	Eczanede hastabaşı ilaç hazırlamada görevli personelin eğitim durumu en az lise mezunu olmalıdır.
216	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.8	İlaçlarda advers etki bildirimi ile ilgili sorumlu belirlenmiş mi ve advers etki bildirimine yönelik yazılı düzenleme oluşturulmuş mu?
		EH.8.1	Sağlık tesisindeki ilaç için farmakovijilans sorumlusu belirlenmelidir.
		EH.8.2	Advers etki bildirimine yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır.
217	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.9	Tıbbi sarf malzemelerde beklenmeyen etkilerin ve hatalı ürünlerin takip edilmesi ile ilgili sorumlu belirlenmiş ve yazılı düzenleme oluşturulmuş mu?
		EH.9.1	Sağlık tesisindeki tıbbi sarf malzemeler için materyovijilans sorumlusu belirlenmelidir.
		EH.9.2	Medikal malzemelerden kaynaklanan olumsuz olayların uyarı sistemine bildirimi hakkında yazılı düzenleme bulunmalıdır. (PGD Yönetmeliğine ve formuna uygun olarak)
218	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.10	İlaç yönetimi için oluşturulmuş ikazlar HBYS firması tarafından sisteme entegre edilmiş mi?
		EH.10.1	İlaç-ilaç etkileşim tablosu hazırlanmalıdır ve HBYS'ye entegre edilmelidir.
		EH.10.2	İlaç-besin etkileşim tablosu hazırlanmalıdır ve HBYS'ye entegre edilmelidir.
		EH.10.3	Albümin kullanım ikazları HBYS'ye entegre edilmelidir.
		EH.10.4	Hasta ilaçlarının talep ve onay süreci HBYS'de SUT EK-4/E de bahsi geçen Sistemik Antimikrobik ve Diğer ilaçların 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.10.5	Nutrisyonel desteğe ihtiyacı olduğu tarama testleriyle belirlenmiş hastaların nütrisyon destek tedavilerinin düzenlenmesine ilişkin algoritma oluşturulmalı ve HBYS'ye entegre edilmelidir.
		EH.10.6	Sağlık Uygulama Tebliği'ne (SUT) göre hastaya uygulanabilmesi için rapor gerektiren ilaçların ve rapor türünün (tek hekim raporu, sağlık raporu vs.) listesi oluşturulmalı ve HBYS'ye entegre edilmelidir.
219	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.11	Hasta bekleme salonlarında ilaç kullanımları hakkında eczacı tarafından hazırlanan / onaylanan görsel, işitsel veya el broşürleri ile bilgilendirme yapılıyor mu?
		EH.11.1	Hasta bekleme salonlarında ilaç kullanımları hakkında eczacı tarafından hazırlanan / onaylanan görsel, işitsel veya el broşürleri bulunmalıdır.
220	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.12	Birbirine karıştırılmaması gereken ilaçlar ile ilgili gerekli önlemler alınmış mı?

		EH.12.1	İlaç geçimsizlikleri ile ilgili görsel uyarı ve bilgilendirme dökümanları ilaç hazırlama bölümlerinde bulunmalıdır. (Bilgilendirme dökümanları ; çalışma alanlarında tercihen duvara monte PVC kitap şeklinde olmalıdır.)
		EH.12.2	Geçimsizlik tespit edildiği durumlarda gerçekleştirilecek işlemleri açıklayan yazılı düzenleme bulunmalıdır. (Yazılı düzenlemeler; çalışma alanlarında tercihen duvara monte PVC kitap şeklinde olmalıdır.)
221	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.13	Sitotoksik ilaçlar uygun ortamda hazırlanıyor mu? (Günlük sitotoksik uygulama sayısı 7 ve daha fazla olan hastanelerde değerlendirilecektir.)
		EH.13.1	Sitotoksik ilaçlar çalışan güvenliğini tehdit etmeyecek uygun ortamda hazırlanmalıdır.
		EH.13.2	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.
222	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.14	TPN Dolum ünitelerinde (compounder) solüsyon hazırlanması, depolanması ve saklanması uygun koşullarda yapılmakta mı?
		EH.14.1	Bakanlığımız tarafından yayınlanan rehber doğrultusunda, TPN solüsyonu hazırlamak üzere dolum ünitesi (compounder) bulunan kurumlarda cihazın bakımı ve hazırlama ünitesinin temizliğine, dolum prosedürlerine, dikkat edilmelidir. (Prosedürler; çalışma alanlarında tercihen duvara monte PVC kitap şeklinde olmalıdır.)
		EH.14.2	Dolum sonrasında hazırlanan ürünün eczane ve servislerde depolama, saklama ve taşıma prosedürleri belirlenmeli ve hastaya güvenle ulaşması için gerekli tedbirler alınmalıdır. (Prosedürler; çalışma alanlarında tercihen duvara monte PVC kitap şeklinde olmalıdır.)
223	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.15	Hekimin hastaya order ettiği doz ile birim ambalaj dozu arasındaki fark (kısmi doz) kayıt altına alınıyor mu?
		EH.15.1	Kısmi doza konu olan ilaçlar belirlenmeli ve gerekli bildirimleri yapılmalıdır.
		EH.15.2	Bu dozların stabilitesinin korunması ile ilgili prosedürler oluşturulmalıdır. (Prosedürler; çalışma alanlarında tercihen duvara monte PVC kitap şeklinde olmalıdır.)
224	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.16	Yüksek riskli ilaçlar diğer ilaçlardan farklı bir alanda muhafaza ediliyor mu?
		EH.16.1	Yüksek riskli ilaç listesi ve yazılı düzenlemeleri hazırlanarak, tüm kullanım alanlarında bulundurulmalıdır. (Yazılı düzenlemeler; çalışma alanlarında tercihen duvara monte PVC kitap şeklinde olmalıdır.)
		EH.16.2	Diğer ilaçlardan farklı bir alanda muhafaza edilmelidir.
225	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.17	İlaç deposundan ;Acil Sevis, Yoğun Bakım, Ameliyathane, Anestezi, Özellikli (Kemoterapi ünitesi, Nükleer Tıp, TPN Üniteleri vb...) birimlere ilaç ve farmakolojik ürünler en fazla 5 günlük ilaç çıkışı yapılmakta mıdır?
		EH.17.1	İlaç deposundan; Acil Sevis, Yoğun Bakım, Ameliyathane, Anestezi, Özellikli (Kemoterapi ünitesi, Nükleer Tıp, TPN Üniteler vb...) birimlere ilaç ve farmakolojik ürünler en fazla 5 günlük ilaç çıkışı yapılmalıdır.
		EH.17.2	Belirtilen birimlere yapılan toplu ilaç çıkışlarının taşınır işlem fişleri; ilgili birim sorumlusuna imzalatılıp, dosyalanmalıdır.
226	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.18	HBYS üzerinden servislerden istemi yapılan hasta tabelalarındaki ilaçlar; hasta taburcu olduğunda, ex olduğunda, başka kuruma sevk edildiğinde veya lüzum halindekiler kullanılmadığı zaman 24 saat içinde ilgili birim sorumlusu tarafından ilaç iade formu doldurularak eczaneye iade ediliyor mu?
		EH.18.1	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
227	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.19	İlaç ve tıbbi sarf malzemelerin imhası ile ilgili yazılı düzenleme hazırlanmış mı?
		EH.19.1	İlaç ve tıbbi sarf malzemelerin imhası ile ilgili yazılı düzenleme tüm kullanım alanlarında bulunmalıdır. (Yazılı düzenlemeler; çalışma alanlarında tercihen duvara monte PVC kitap şeklinde olmalıdır.)
228	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.20	İlaçların kırılması, kaybolması, miadının geçmesi ve yarım kalması durumuna yönelik düzenlemeler uygun şekilde yapılıyor mu?

		EH.20.1	İlaçların kırılması, kaybolması veya miadının geçmesi durumunda yapılacaklar ile ilgili yazılı düzenleme bulunmalı ve tüm birimlerden ulaşılabilir. (Yazılı düzenlemeler; çalışma alanlarında tercihen duvara monte PVC kitap şeklinde olmalıdır.)
		EH.20.2	Tüm ilaçların kullanılmayan yarım dozları takip edilmelidir. Yarım kalması durumunda yapılacaklar ile ilgili yazılı düzenleme bulunmalı ve tüm birimlerden ulaşılabilir. (Yazılı düzenlemeler; çalışma alanlarında tercihen duvara monte PVC kitap şeklinde olmalıdır.)
229	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.21	Narkotik(Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaç yönetimi uygun şekilde yapılıyor mu?
		EH.21.1	Narkotik(Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçlara erişimin kısıtlanarak uygun şekilde saklanmalıdır.
		EH.21.2	Narkotik(Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçların kırılması, kaybolması veya miadının geçmesi durumunda yapılacaklar ile ilgili yazılı düzenleme bulunmalı ve tüm birimlerden ulaşılabilir. (Yazılı düzenlemeler; çalışma alanlarında tercihen duvara monte PVC kitap şeklinde olmalıdır.)
		EH.21.3	Narkotik(Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçların kullanılmayan yarım dozları takip edilmelidir. Yarım kalması durumunda yapılacaklar ile ilgili yazılı düzenleme bulunmalı ve tüm birimlerden ulaşılabilir. (Yazılı düzenlemeler; çalışma alanlarında tercihen duvara monte PVC kitap şeklinde olmalıdır.)
		EH.21.4	Yazılı düzenlemeye Narkotik(Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaç kullanımı olan tüm birimlerden ulaşılabilir. (Yazılı düzenlemeler; çalışma alanlarında tercihen duvara monte PVC kitap şeklinde olmalıdır.)
230	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.22	Hasta adına hazırlanmış ilaçlar (Narkotik ilaçlarda dahil olmak üzere) servislerden gelen sağlık personeline teslim edilirken kayıt altına alınıyor mu?
		EH.22.1	Hasta adına hazırlanmış ilaçlar (Narkotik ilaçlarda dahil olmak üzere) servislerden gelen sağlık personeline teslim edilirken kayıt altına alınmalıdır.
231	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.23	İlaç ve Tıbbi Sarf Malzemelerin minimum, maximum ve kritik stok seviyeleri belirlenmiş mi?
		EH.23.1	İlaç ve Tıbbi Sarf Malzemelerin minimum, maximum ve kritik stok seviyeleri belirlenip, HBYS sistemine girişi yapılmalıdır.
		EH.23.2	Minimum ve kritik stok seviyesine geldiğinde HBYS sistemi uyarı vermelidir.
232	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.24	İlaçlar eczanede her hasta için ayrı olacak şekilde paketlenerek, paketlerin üzerinde ilaçların adı, dozu, son kullanma tarihi ve hasta bilgisi belirtilmiş mi?
		EH.24.1	İlaçlar eczanede her hasta için ayrı olacak şekilde paketlenmiş olmalıdır.
		EH.24.2	Paket üzerinde ilaçların adı, dozu, son kullanma tarihi ve hasta bilgisi belirtilmiş olmalıdır.
		EH.24.3	Hasta bazlı ilaç hazırlama alan ve koşulları oluşturulmalıdır.
233	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.25	Tüm medikal depo malzemeleri için muayene, mal kabul işlemleri ilgili yönetmeliklere göre uygun olarak yapılıyor mu?
		EH.25.1	Mal kabul işlemlerinden önce muayene süreci tamamlanmalıdır.
		EH.25.2	Mal kabul sırasında sayımı depo sorumlusu yapmalıdır.
234	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.26	Tüm medikal depo malzemeleri için miktar ve son kullanma tarihi yakın olanın daha önce kullanılmasını sağlamak için gerekli tedbirler alınmış mı? (ilaç, tıbbi sarf vb.)
		EH.26.1	Kamu idaresi ile yüklenici arasında imzalanan mal alımına ilişkin sözleşmede (Teknik şartnamede) kullanım süresi 3 ay kalan tüm medikal malzemelerin bildirimleri yapılmalıdır.
		EH.26.2	Kamu idaresi ile yüklenici arasında imzalanan mal alımına ilişkin sözleşmede (Teknik şartnamede) kullanım süresi dolan veya dolmak üzere olan tüm medikal malzemeler fiyat farkı veya ek bir maliyet talep edilmeden değiştirilmelidir.
		EH.26.3	Miad yenileme yapılırken tüm medikal malzemeler MKYS üzerinden "Miad Uzatımı Çıkış" işlem türü ile yüklenici firmaya çıkışı yapılmalıdır. Yükleniciden gelen uzun miadlı malzemelerde "Miad Uzatımı Giriş" işlemi ile kayıtlara alınmalıdır.
		EH.26.4	Tüm medikal depolarda düzenli olarak miktar ve miad kontrolleri yapılmalıdır.
235	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.
236	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.
237	MEDİKAL DEPO	MD.3	Faturada TİTUBB (Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Ulusal Bilgi Bankası) barkod ve etiket adı, seri/lot numaraları mevcut mu?
		MD.3.1	Medikal malzemelerin faturalarında TİTUBB (Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Ulusal Bilgi Bankası) barkodu ve etiket adı, seri / lot numaraları bulunmalıdır.
238	MEDİKAL DEPO	MD.4	Hastane Bilgi Yönetim Sistemi'nin MKYS (Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemi) ile tam entegrasyonu sağlanmış mı?
		MD.4.1	HBYS- MKYS entegrasyonu tam olarak sağlanmış olmalıdır.
239	MEDİKAL DEPO	MD.5	Medikal depoda stok düzeyi iki ayın (60 gün) altında mı?
		MD.5.1	Medikal depoda stok düzeyinin iki ayın (60 gün) altında olmalıdır.
240	MEDİKAL DEPO	MD.6	Medikal depolarda bulunan tehlikeli maddelerin yönetimine yönelik düzenlemeler yapılmış mı?
		MD.6.1	Tehlikeli malzemelerin yönetimine ilişkin yazılı döküman ve tehlikeli maddelerin listesi bulunmalıdır. (Yazılı dökümanlar ve listeler; çalışma alanlarında tercihen duvara monte PVC kitap şeklinde olmalıdır.)
		MD.6.2	Tehlikeli maddeler uygun koşullarda depolanmalıdır.
		MD.6.3	Tehlikeli maddelerin üzerinde tehlikeli madde sınıfını gösteren etiketler bulunmalıdır.
241	MEDİKAL DEPO	MD.7	Medikal depolar uygun fiziki koşullara sahip mi?
		MD.7.1	Yer, duvar ve tavanları su geçirmez, temizlenebilir, rutubet önleyici ve dayanıklı malzemeyle kaplanmış, boyanmış olmalıdır.
		MD.7.2	Depolardaki atık su boruları açıkta görülmeyecek şekilde kapatılarak yalıtımı yapılmalıdır.
		MD.7.3	Depoda bulunan malzemelerin duvar ve zemin ile teması bulunmamalıdır.
		MD.7.4	Raf sistemi bulunan depolarda; rafların birbirine ve duvara sabitlenmiş olması gerekmektedir.
		MD.7.5	Haşerelere karşı önlem alınmalıdır.
		MD.7.6	Aydınlatma yeterli olmalıdır. (TS EN 12464'e göre depo alanı 100 lüks, depo sorumlusu odası 500 lüks)
		MD.7.7	Periyodik temizlik ve bakım kontrolleri yapılmalıdır. Temizlik ve bakım kontrol formları depo sorumlusunda bulunmalıdır.
		MD.7.8	Medikal depo alanları yeterli havalandırmaya sahip olmalı ve yeterli iklimlendirme sağlanmalıdır.
		MD.7.9	Medikal Depo alanlarında yerleşim planı bulunmalıdır.
		MD.7.10	Depo, sağlık tesisinin ihtiyacını karşılayacak yeterlilikte fiziki yapıya sahip olmalıdır.
242	MEDİKAL DEPO	MD.8	Depoların güvenliğini sağlamak amacıyla gerekli düzenlemeler yapılmış mı?
		MD.8.1	Hırsızlık için gerekli tedbirler alınmalıdır.
		MD.8.2	Yangın tehlikesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.
		MD.8.3	Deprem, su basması ve sel felaketlerine karşı gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.
		MD.8.4	Elektişe bağlı yaşanacak olumsuzluklara karşı gerekli tedbirler alınmalıdır.(Elektrik kablosu gibi açıkta aktif kaynak bırakmamak vb.)
243	MEDİKAL DEPO	MD.9	Medikal depolarda ilaç ve tıbbi malzemeler uygun koşullarda saklanıyor mu?
		MD.9.1	Medikal depolarda ilaçlar uygun sıcaklıkta ve nem koşullarında saklanmalıdır.
		MD.9.2	Medikal depolardaki tıbbi malzemeler uygun sıcaklıkta ve nem koşullarında saklanmalıdır.
		MD.9.3	Medikal depolarda, sıcaklık ve 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.9.4	Işıktan korunması gereken ilaç ve tıbbi malzemeler için gerekli düzenleme yapılmalıdır.