

SHKS-ADSM/ADSH SETİ

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

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

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

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

Ayrıca dünyada çeşitli ülke örnekleri incelendiğinde, sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılmasına yönelik yapılan çalışmaların artık daha çok ulusal kalite ve akreditasyon sistemleri üzerinden

yürütölmekte olduğunu görmekteyiz. Çünkü ölkelerin sağlık sistemlerinin ihtiyacları, öncelikleri, farklı beklentileri ve uluslar arası akreditasyon sistemlerinin getirdiği mali yük gibi sebepler dünyada pek çok ölkenin sağlıkta ulusal bir kalite sistemi kurmasına sebep olmuştur. Bu bağlamda Sağlıkta Ulusal Kalite Sistemine sahip ölkeler arasında İngiltere, Kanada, Fransa, Danimarka gibi gelişmiş ölkeler bulunduğu gibi, Tayland, Mısır, Hindistan, Kırgızistan ve Malezya gibi gelişmekte olan ölkeleri de görmek mümkün.

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

Bu kapsamda aşağıda yer alan hususlar gözetilerek standartlar hazırlanmaya başlandı.

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

1. Boyutlandırma Yapısının Geliştirilmesi:

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



2. Standartların Hazırlanması:

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

3. Standartların Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması:

Geliştirilen standartların hastanelerde uygulanabilirliğini ve anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacıyla farklı illerden, farklı hastane türünden ve farklı sektörlerden 30 kurum ve kuruluşta pilot çalışmalar yapılarak standartların geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.

Pilot Çalışma Yapılan Hastaneler		
Sağlık Bakanlığı Hastaneleri		
Sıra No	İl Adı	Hastane Adı
1	Ankara	Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi
2	Ankara	Ankara Fizik Tedavi Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi
3	Ankara	Zekai Tahir Burak Kadın Doğum Eğitim ve Araştırma Hastanesi
4	Ankara	Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
5	Ankara	Ulucanlar Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi
6	İzmir	Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
7	İzmir	Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi
8	İzmir	Suat Seren Göğüs Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi
9	İzmir	Dr. Behçet Uz Çocuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
10	Antalya	Atatürk Devlet Hastanesi
11	Antalya	Kemer Devlet hastanesi
12	Bolu	Bolu İzzet Baysal Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi
13	Eskişehir	Yunus Emre Devlet Hastanesi
14	Mardin	Mardin Devlet Hastanesi
Üniversite Hastaneleri		
15	Ankara	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi
16	Ankara	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi
Özel Hastaneler		
17	Ankara	Bayındır Hastanesi
18	Ankara	TOBB ETÜ Hastanesi
19	Ankara	Dünya Göz Hastanesi
20	Ankara	Akay Hastanesi
21	Ankara	İncek Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi
22	İzmir	Karşıyaka Göz Hastanesi
23	Adana	Can Doğum ve Cerrahi Hastanesi
24	Eskişehir	BSK Anadolu Hastanesi
Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri		
25	Ankara	Tepebaşı Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi
26	Ankara	Topraklık Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi
27	Ankara	Balgat Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi
28	Ankara	75. Yıl Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi
29	Ankara	Osmanlı Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi
112 Ambulans Servisleri		
30	Ankara	112 İl Ambulans Servisi Başhekimliği

4. Kodlama Sisteminin Geliştirilmesi:

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

5. Puanlama Sisteminin Geliştirilmesi:

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

6. Tanımlar Dizininin Oluşturulması:

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

7. Bilgilendirme Tablolarının Oluşturulması:

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

Kodlama Sistemi

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

ADSM/ADSH SHKS Kodlama Sistemi

1. SHKS-ADSM/ADSH yatay ve dikey olmak üzere beş boyuttan oluşmaktadır. Yatay boyutta Hasta ve Çalışan Güvenliği, dikey boyutta ise Kurumsal Hizmet Yönetimi, Sağlık Hizmeti Yönetimi, Destek Hizmeti Yönetimi ve İndikatör Yönetimi yer almaktadır.

2. Kodlama 5 kısımdan oluşur. Kodlamada, ilk 4 kısım iki basamaklı sayılardan, 5'nci kısım bir harften oluşur.

Örnek: 04.01.02.00.Ç

3. Birinci kısımdaki iki basamaklı sayı dikey boyutları tanımlar.

01: Kurumsal Hizmet Yönetimi

02: Sağlık Hizmeti Yönetimi

03: Destek Hizmeti Yönetimi

04: İndikatör Yönetimi

4. İkinci kısımda yer alan iki basamaklı sayı dikey boyutların içinde bulunan bölümü tanımlar.

(Tablo.1)

5. Üçüncü kısımda yer alan iki basamaklı sayı, bölüm içindeki standardın sıralamadaki yerini tanımlar.

6. Dördüncü kısımdaki iki basamaklı sayı standardı ve değerlendirme ölçütünü tanımlar.

- Standart 00 ile tanımlanır.
- Değerlendirme ölçütü 01’den başlayıp ardışık artan sayılar ile tanımlanır.
- Değerlendirme ölçütüne ait alt kısımlar “o” işareti ile tanımlanır.

7. Beşinci kısım yatay boyutu gösterir. “H”, “Ç” ve “G” harfleri ile tanımlanır.

- Hasta güvenliği ile ilgili bir standartta, standart ve değerlendirme ölçütü “H” harfi ile tanımlanır.
- Çalışan güvenliği ile ilgili standartta, standart ve değerlendirme ölçütü “Ç” harfi ile tanımlanır.
- Hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili standartta, standart ve değerlendirme ölçütü “G” harfi ile tanımlanır.
- Hasta güvenliği, çalışan güvenliği, hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili olmayan standartta, standart ve değerlendirme ölçütünde harf kullanılmaz.

Tablo.1 SHKS- ADSM/ADSH’nin Dikey Boyutlarını Oluşturan Bölümler

Bölüm Kodu	Bölüm Adı
	Kurumsal Hizmet Yönetimi
01	Yönetim Hizmetleri
02	Enfeksiyonların Kontrolü ve Önlenmesi
03	Tesis Yönetimi
04	Acil Durum ve Afet Yönetimi
05	Bilgi Yönetimi
06	Stok Yönetimi
07	Atık Yönetimi
	Sağlık Hizmeti Yönetimi
01	Poliklinik Hizmetleri
02	Protez Laboratuvarı Hizmetleri
03	Görüntüleme Hizmetleri
04	Ameliyathane Hizmetleri
05	Sterilizasyon Hizmetleri
	Destek Hizmeti Yönetimi

01	Hasta Dosyası Ve Arşiv Hizmetleri
02	Mutfak Hizmetleri
03	Çamaşırhane Hizmetleri
	İndikatör Yönetimi
01	Kalite İndikatörleri

8. Yürürlükten kaldırılan standartların kodları başka bir standartta kullanılmaz. Revizyonu yapılan standart için aynı kod kullanılmaya devam eder ve kodun başına kaçınıcı revizyon olduğu yazılır.
9. Kurumsal Hizmet Yönetimi'nde yer alan bazı standartlar Sağlık Hizmeti Yönetimi ve Destek Hizmeti Yönetimi ile ilişkili olduğundan bu standartlar Kurumsal Hizmet Yönetimindeki kodları ile ilgili bölümlerde de yer almaktadır.

10. Örnekler:

Örnek 1:

01.01.26.00.Ç kodu;

- Birinci kısımdaki "01", Kurumsal Hizmet Yönetimini,
- İkinci kısımdaki "01", Yönetim Hizmetleri Bölümünü,
- Üçüncü kısımdaki "26", 26. Standardı,
- Dördüncü kısımdaki "00", Standardın kendisini,
- Beşinci kısımdaki "Ç", Standardın Çalışan Güvenliği ile ilgili olduğunu tanımlar.

Örnek 2:

01.01.26.01.Ç kodu;

- Birinci kısımdaki "01", Kurumsal Hizmet Yönetimini,
- İkinci kısımdaki "01", Yönetim Hizmetleri Bölümünü,
- Üçüncü kısımdaki "26", 26. Standardı,
- Dördüncü kısımdaki "01", Standardın 1. Değerlendirme Ölçütünü,
- Beşinci kısımdaki "Ç", Standardın Çalışan Güvenliği ile ilgili olduğunu tanımlar.

Puanlama Sistemi

Sağlık Hizmet Kalite Standartları; süreçleri farklı açılardan sistematik bir şekilde ele alan, uygulayıcılara yol gösterici özellik taşıyan ve uygulamaların değerlendirilmesinde kullanılan standartlar bütünüdür. Bu bağlamda, standartlar kendi içinde de bir sistematik yapıya sahiptir. Bu yapıda boyutlar, bölümler, standartlar ve değerlendirme ölçütleri yer almakta olup bu yapı bir kodlama sistemi ile tanımlanmaktadır. Hastane, ADSM/ADSH ve SHKS-İl Ambulans Servisi'nin puanlandırılmasına yönelik bir puanlama sistemi kullanılmaktadır.

SHKS Puanlama Sistemi

1. Puanlamada 5 ve 5'in katları kullanılır.

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

2. Puanlamada, standart puanlandırılır.

- Değerlendirme ölçütleri puanlandırılmaz.

3. Değerlendirmede standart ve standardın değerlendirme ölçütleri Evet, Hayır ve Değerlendirme Dışı Olarak Tanımlanır.
4. Değerlendirme sonucu puanlama yapılırken;

- **Evet:** Standardın tüm değerlendirme ölçütleri ile birlikte karşılanması durumunu ifade eder ve **tam puan** verilir.
 - **Hayır:** Standardın kendisinin veya en az bir değerlendirme ölçütünün karşılanmadığı durumu ifade eder ve **0 (sıfır)** puan verilir.
 - **Değerlendirme Dışı:** ADSM ve ADSH'lerde değerlendirilmeyecek standartları ifade eder ve puanlandırma yapılmaz.
5. SHKS-ADSM/ADSH Sağlık Hizmeti Yönetimi boyutunda yer alan bölümlerden birden fazla aynı bölüm (klinikler, yoğun bakım vb.) değerlendirilme yapıldığında puanlamada tek bir bölüm olarak puanlandırılır.
6. SHKS-ADSM/ADSH Kurumsal Hizmet Yönetimi'nde yer alan standartlar hastanenin ve ADSM'nin genelinde ve tüm bölümlerinde değerlendirilir ve puanlandırılır.

Tanımlar

Bölüm: SHKS'de yer alan 4 dikey boyutun her birisi (Kurumsal Hizmet Yönetimi, Sağlık Hizmeti Yönetimi, Destek Hizmet Yönetimi ve İndikatör Yönetimi) içinde yer alan (Poliklinik Hizmetleri, Bilgi Yönetimi, Tesis Yönetimi gibi) başlıkları ifade etmektedir.

ADSM/ADSH Bilgi Rehberi: Halkla ilişkiler hizmeti sunulan birimlerde bulunan ve ADSM/ADSH krokisini, ADSM/ADSH'de sunulan hizmetleri, bu hizmetlerden nasıl faydalanılacağını ve bölümlerin kurum içi güncel telefon bilgilerini içeren rehberdir.

Genel Uyum Eğitimi: ADSM/ADSH'de çalışmaya yeni başlayan personele kurumun tanıtılması amacıyla yapılan eğitimidir. Bu eğitim asgari;

- ADSM/ADSH'nin fiziki yapısı,
- Hizmet sunulan bölümler,
- Yönetimsel yapı ve yöneticiler,
- Çalışma koşulları,
- İzinler,
- ADSM/ADSH'ye ulaşım,
- ADSM/ADSH iletişim bilgilerini kapsar.

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

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

Öz Değerlendirme: ADSM/ADSH Kalite Yönetim Direktörünün sorumluluğunda Sağlık Hizmet Kalite Standartları esas alınarak kurum içinde gerçekleştirilen faaliyetlerdir.

Acil Müdahale Seti: Acil müdahale setinde asgari;

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

Acil müdahale setinde bulunması gereken ilaçlar, bölümün ihtiyacı ve hasta portföyüne göre belirlenmelidir.

Ameliyathane Alanları: Ayrımı görsel ve fiziksel olarak (şerit, tabela gibi) yapılmış alanlardır.

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

Riskli girişimsel işlem: Tanı veya tedavi amacı ile hastanın cilt/mukoza bütünlüğünü bozarak yapılan tıbbi işlemlerdir.

Kontrol Listesi Sorumlusu: Cerrahi sürecin her aşamasında Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi TR ADSM/ADSH'yi cerrahi ekip ve hastadan aldığı bilgiler doğrultusunda dolduran kişidir.

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

- Önlük,
- Eldiven,
- Ağız-burun maskesi,
- Yüz maskesi
- Nem bariyerli önlük,
- Endüstriyel tip toz maskesi,
- Polietilen laminasyonlu ve destekli PVA eldivenler,
- N95 solunum maskesi,
- Dirseklere kadar uzanan kalın steril eldivenler,
- El antiseptik solüsyonları,

- Sabun,
- Kâğıt havlu

Radyasyon Yayan Cihazların Bulunduğu Alanlar: Görüntüleme hizmetlerinin sunulduğu bölümler olup bu alanların tümünde radyasyon güvenlik önlemleri alınmalıdır.

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

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

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

Minimum Stok Seviyesi: Her zaman mutlaka bulundurulması gereken miktardır.

Maksimum Stok Seviyesi: Kurumun ihtiyacı esas alınarak belirlenmiş, gereksiz malzeme stokunu önleyecek en üst miktardır.

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

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

Hekim Seçme Hakkı: ADSM/ADSH'ye tanı ve tedavi amacıyla başvuran hastaların poliklinik bölümünde hizmet veren ilgili branş uzmanlarından istediğini seçebilmesini ifade eder.

Doküman: Bilginin yer aldığı ortamdır. (SHKS'de yer alan "Yazılı Düzenleme" ifadesinden "Doküman" anlaşılmalıdır.)

Bilgilendirme Tablosu I		
Standart Kodu	Standart Adı	Açıklama
01.01.26.00 G	Mavi kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	Mavi Kod acil durum uyarısı için telefon sistemi kullanılıyorsa Ulusal Renkli Kod uygulamasına göre (2222) düzenleme yapılmalıdır.
01.01.27.00 Ç	Beyaz kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	Beyaz Kod acil durum uyarısı için telefon sistemi kullanılıyorsa Ulusal Renkli Kod uygulamasına göre (1111) düzenleme yapılmalıdır.
01.01.57.00	Hasta memnuniyet anketleri uygulanmalıdır.	Anketler, Bakanlıkça yayınlanan "Memnuniyet Anketleri Uygulama Rehberi" esas alınarak uygulanmalıdır.
01.01.58.00	Çalışan memnuniyet anketleri uygulanmalıdır.	Anketler, Bakanlıkça yayınlanan "Memnuniyet Anketleri Uygulama Rehberi" esas alınarak uygulanmalıdır.
01.03.08.02	Jeneratörlerin ruhsatı olmalıdır.	"Elektrik Tesisleri Yönetmeliği" kapsamında alınan "Geçici Kabul Tutanakları" ve "Kesin Kabul Tutanakları" kabul edilecektir.
02.15.04.02	Amalgamatörlerde kalan amalgamların temizliğine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	Kapsül amalgam kullanan kurumlarda değerlendirme dışıdır.

Bilgilendirme Tablosu II	
Randevu Verme Süreleri	
Uygulanacak Tedavi	Randevu Verme Süresi
Dolgu	Muayene tarihinden itibaren en geç 10 iş günü
Kanal Dolgusu	Muayene tarihinden itibaren en geç 10 iş günü
Detartraj	Muayene tarihinden itibaren en geç 10 iş günü
Sabit Protez	Muayene tarihinden itibaren en geç 20 iş günü
Hareketli Protez	Muayene tarihinden itibaren en geç 20 iş günü

KURUMSAL HİZMET YÖNETİMİ

YÖNETİM HİZMETLERİ

Revizyon	Dikey Boyut	Bölüm No	Standart No	Değerlendirme Ölçütü	Yatay Boyut	STANDARTLAR	Puan	Sonuç
01	01					KURUMSAL HİZMET YÖNETİMİ		
01	01	01				YÖNETİM HİZMETLERİ	680	
00	01	01	01	00		Kalite Yönetim Birimi bulunmalıdır.	15	
00	01	01	01	01		Kalite yönetim direktörü belirlenmelidir.		
00	01	01	01	02		Kalite yönetim biriminin çalışma ofisi olmalıdır.		
01	01	01	01	03		Kalite yönetim birimi;		
01	01	01	01	03		o SHKS çerçevesinde yürütülen çalışmaların koordinasyonunu sağlamalı,		
01	01	01	01	03		o Bölüm hedeflerine yönelik, bölüm tarafından yapılan analiz sonuçlarını değerlendirmeli,		
01	01	01	01	03		o Öz değerlendirmeleri yönetmeli,		
01	01	01	01	03		o Hasta ve çalışan anket sonuçlarını değerlendirmeli,		
01	01	01	01	03		o SHKS çerçevesinde hazırlanan;		
01	01	01	01	03		▪ Dokümanları kontrol etmeli,		
01	01	01	01	03		▪ Dokümanların revizyonunu takip etmeli,		
01	01	01	01	03		o Hizmet sunumuna yönelik istatistiki bilgileri değerlendirmeli,		

01	01	01	01	03		o SHKS çerçevesinde belirlenen komitelere üye olarak katılmalıdır.		
00	01	01	02	00		SHKS'nin uygulanmasına yönelik bölüm kalite sorumluları belirlenmelidir.	15	
00	01	01	02	01		Sorumlular kalite yönetim direktörü ile koordineli çalışmalıdır.		
00	01	01	02	02		Bölüm hedeflerine ilişkin analizler sorumlular tarafından yapılmalı ve kalite yönetim birimine bildirilmelidir.		
00	01	01	02	03		Sorumlular bölümlerde yürütülen düzeltici-önleyici faaliyetleri takip etmelidir.		
00	01	01	03	00		SHKS kapsamında hedefler belirlenmelidir.	15	
00	01	01	03	01		Hedefler üst yönetim, bölüm yöneticilerinin ve bölüm kalite sorumlularının katılımıyla belirlenmelidir.		
00	01	01	03	02		Hedeflere ilişkin dönemsel değerlendirmeler yapılmalıdır.		
00	01	01	04	00		SHKS'ye ilişkin öz değerlendirme yapılmalıdır.	20	
00	01	01	04	01		Her dönem en az bir öz değerlendirme yapılmalıdır.		
00	01	01	04	02		Öz değerlendirme kalite yönetim biriminin yönetiminde yapılmalıdır.		
00	01	01	04	02		o Öz değerlendirme tüm SHKS bölümlerini kapsamalı,		
00	01	01	04	02		o Öz değerlendirme planı hazırlanmalı,		
00	01	01	04	02		▪ Öz değerlendirme takvimi hazırlanmalı,		
00	01	01	04	02		▪ Öz değerlendirme ile ilgili ekip/ekipler belirlenmeli,		
00	01	01	04	02		▪ Öz değerlendirme takvimi hakkında bölümler önceden bilgilendirilmelidir.		
00	01	01	04	03		Öz değerlendirme sonucunda tespit edilen uygunsuzluklar kalite yönetim birimi tarafından üst yönetime rapor edilmelidir.		
00	01	01	05	00		ADSM/ADSH yönetimi, hizmet sunumuna yönelik tüm bölüm sorumluları ile değerlendirme toplantıları yapılmalıdır.	15	
00	01	01	05	01		Bölüm bazında belirlenen hedefler ve öz değerlendirme sonuçları değerlendirilmelidir.		
00	01	01	05	02		Değerlendirme toplantıları her dönem için en az bir kez yapılmalıdır.		

01	01	01	06	00		SHKS kapsamında yer alan dokümanlara yönelik düzenleme bulunmalıdır.	10	
01	01	01	06	01		Dokümanların formatı belirlenmeli,		
01	01	01	06	01		o Dokümanlar belirlenmiş bir kodlama sistemine göre tanımlanmalı,		
01	01	01	06	01		o Dokümanın adı,		
01	01	01	06	01		o Yürürlük tarihi,		
01	01	01	06	01		o Revizyon numarası ve revizyon tarihi bulunmalıdır.		
01	01	01	06	02		Dokümanlar, ilgili bölüm tarafından hazırlanmalıdır.		
01	01	01	06	03		Dokümanlar güncel olmalı,		
01	01	01	06	03		o Bir önceki versiyon uygulamadan kaldırılmalıdır.		
01	01	01	06	04		Dokümanlar kalite yönetim direktörü tarafından kontrol edilmelidir.		
01	01	01	06	05		Dokümanlar üst yönetim tarafından onaylanmalıdır.		
01	01	01	06	06		Dokümanlar intranet ortamında ve/veya basılı kontrollü kopya olarak yayınlanmalı,		
01	01	01	06	06		o Dokümanlara ilgili bölüm tarafından ulaşılabilmesi,		
01	01	01	06	06		▪ Basılı kontrollü kopyalar asılmamalıdır.		
00	01	01	07	00		Dış kaynaklı dokümanlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10	
00	01	01	07	01		Dış kaynaklı dokümanlar belirlenmelidir.		
00	01	01	07	02		Dış kaynaklı dokümanlar güncel olmalı,		
00	01	01	07	02		o Güncelliğin nasıl sağlanacağı belirlenmelidir.		
00	01	01	08	00		Panolara asılan dokümanlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10	
00	01	01	08	01		Panolar için alanlar belirlenmelidir.		
00	01	01	08	02		Panolara asılabilecek dokümanlar tanımlanmalı,		
00	01	01	08	02		o Tanımlanan dokümanlar belirlenen alanlar dışına asılmamalı,		

00	01	01	08	02		o Panolar ve asılı dokümanlar görüntü kirliliği oluşturmayacak şekilde düzenlenmelidir.		
00	01	01	08	03		Dokümanların asılma kuralları belirlenmeli,		
00	01	01	08	03		o Yayınlanacak dokümanlara nasıl onay verileceği,		
00	01	01	08	03		o Dokümanların ne kadar süre asılı kalacağı belirlenmelidir.		
00	01	01	09	00		İlaç ve kit muhafaza edilen buzdolaplarının sıcaklık takipleri yapılmalıdır.	10	
00	01	01	10	00		ADSM/ADSH'ye ve ADSM/ADSH içindeki bölümlere ulaşımı kolaylaştırıcı düzenlemeler yapılmalıdır.	10	
00	01	01	10	01		ADSM/ADSH dışında ADSM/ADSH'ye ulaşımı sağlayacak yönlendirme işaretleri bulunmalıdır.		
00	01	01	10	02		ADSM/ADSH krokileri bulunmalı,		
00	01	01	10	02		o Bina girişlerinde ana hizmet birimlerini gösteren genel krokiler,		
00	01	01	10	02		o Kat girişleri veya asansör çıkışlarında ise kat krokileri bulunmalıdır.		
00	01	01	10	03		Yönlendirme işaretleri bulunmalı,		
00	01	01	10	03		o Yönlendirme işaretleri okunabilir ve işlevsel olmalıdır.		
00	01	01	11	00		Hastalara hizmet verilen alanlar iletişime açık bir şekilde düzenlenmelidir.	15	
00	01	01	11	01		Sonuç alma, kayıt, halkla ilişkiler hizmet noktalarında hasta ve çalışan arasında fiziksel bariyer (camekân, pencere, demir parmaklık, yükseklik) bulunmamalıdır.		
00	01	01	12	00		ADSM/ADSH'nin internet ortamında tanıtımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10	
00	01	01	12	01		ADSM/ADSH'nin web sayfası olmalıdır. Web sayfasında asgari;		
00	01	01	12	01		o ADSM/ADSH'ye ulaşım ve ADSM/ADSH iletişim bilgileri,		
00	01	01	12	01		o ADSM/ADSH'nin hizmet verdiği bölüm ve branşlar,		
00	01	01	12	01		o Hekimlere ait uzmanlık dalları ve varsa uzmanlık dalına ilişkin spesifik ilgi alanlar,		
00	01	01	12	01		o Randevu alma bilgileri,		
00	01	01	12	01		o Çalışanların, hastaların ve yakınlarının görüşlerini bildirebileceği alanlar,		

00	01	01	12	01		o Anlaşmalı oldukları kurum bilgileri bulunmalıdır.		
00	01	01	12	02		Web sayfasında yer alan bilgiler güncel olmalıdır.		
00	01	01	13	00		Komite toplantılarının yönetimine ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.	10	
00	01	01	13	01		Katılımcılar toplantı öncesi bilgilendirilmelidir. Bu bilgilendirme;		
00	01	01	13	01		o Toplantı yöneticisi ve katılımcılarını,		
00	01	01	13	01		o Toplantı gündemi ve süresini,		
00	01	01	13	01		o Toplantı yeri ve zamanını kapsamalıdır.		
00	01	01	13	02		Toplantıya dair kayıtlar tutulmalıdır.		
00	01	01	14	00	H	Hasta Güvenliği Komitesi bulunmalıdır.	20	
01	01	01	14	01	H	Hasta Güvenliği Komitesinde;		
01	01	01	14	01	H	o Tıbbi, idari ve hemşirelik hizmetleri yöneticilerinden birer temsilci, kalite yönetim direktörü, bir diş hekimi, protez laboratuvar sorumlusu, röntgen sorumlusu, hastane bilgi sistem sorumlusu, hekim dışı sağlık personelinde en az bir temsilci ve bölüm kalite sorumlularından en az iki temsilci yer almalıdır.		
00	01	01	14	02	H	Komitenin görev alanı asgari;		
00	01	01	14	02	H	o Çalışanlar arasında etkili iletişim ortamının sağlanması,		
00	01	01	14	02	H	o Güvenli ilaç uygulamalarının sağlanması,		
00	01	01	14	02	H	o Radyasyon güvenliğinin sağlanması,		
00	01	01	14	02	H	o Güvenli cerrahi uygulamalarının sağlanması,		
00	01	01	14	02	H	o Tıbbi cihaz güvenliğinin sağlanması konularını kapsamalıdır.		
00	01	01	14	03	H	Düzenli aralıklarla toplanmalıdır.		
00	01	01	14	04	H	Gerektiğinde düzeltici-önleyici faaliyetleri başlatmalıdır.		
00	01	01	14	05	H	Çalışanlara konu ile ilgili eğitim düzenlemelidir.		
00	01	01	15	00	Ç	Çalışan güvenliği komitesi bulunmalıdır.	20	

01	01	01	15	01	Ç	Çalışan Güvenliği Komitesinde;		
01	01	01	15	01	Ç	o Tıbbi, idari ve hemşirelik hizmetleri yöneticilerinden birer temsilci, kalite yönetim direktörü, bir dış hekimi, protez laboratuvar sorumlusu, röntgen sorumlusu, hekim dışı sağlık personelinin en az bir temsilci ve bölüm kalite sorumlularından en az iki temsilci yer almalıdır.		
00	01	01	15	02	Ç	Komitenin görev tanımı asgari;		
00	01	01	15	02	Ç	o Çalışan personelin zarar görme risklerinin azaltılması,		
00	01	01	15	02	Ç	o Riskli alanlarda çalışanlara yönelik gerekli önlemlerin alınması,		
00	01	01	15	02	Ç	o Fiziksel şiddete maruz kalınma risklerinin azaltılması.		
00	01	01	15	02	Ç	o Kesici delici alet yaralanma risklerinin azaltılması,		
00	01	01	15	02	Ç	o Kan ve vücut sıvılarıyla bulaşma risklerinin azaltılması,		
00	01	01	15	02	Ç	o Sağlık taramalarının yapılması konularını kapsamalıdır.		
00	01	01	15	03	Ç	Düzenli aralıklarla toplanmalıdır.		
00	01	01	15	04	Ç	Gerektiğinde düzeltici-önleyici faaliyetleri başlatmalıdır.		
00	01	01	15	05	Ç	Çalışanlara konu ile ilgili eğitim düzenlemelidir.		
00	01	01	16	00		Eğitim Komitesi bulunmalıdır.	20	
01	01	01	16	01		Eğitim Komitesinde;		
01	01	01	16	01		o Tıbbi, idari ve hemşirelik hizmetleri yöneticilerinden birer temsilci, kalite yönetim direktörü, bir dış hekimi, protez laboratuvar sorumlusu, hekim dışı sağlık personelinin en az bir kişi ve bölüm kalite sorumlularından en az iki kişi yer almalıdır.		
00	01	01	16	02		Komite;		
00	01	01	16	02		o Sağlık Hizmet Kalite Standartları eğitimi,		
00	01	01	16	02		o Hizmet içi eğitimler,		
00	01	01	16	02		o Uyum eğitimleri,		

00	01	01	16	02		o Hastalara yönelik eğitimleri planlamalıdır.		
00	01	01	16	03		Düzenli aralıklarla toplanmalıdır.		
00	01	01	17	00		Tesis güvenliği komitesi bulunmalıdır.	20	
01	01	01	17	01		Tesis Güvenliği Komitesinde;		
01	01	01	17	01		o Tıbbi, idari ve hemşirelik hizmetleri yöneticilerinden birer temsilci,kalite yönetim direktörü, teknik servis sorumlusu, hastane güvenlik amiri, afet ve acil durum yönetimi sorumlusu, tıbbi cihaz yönetimi sorumlusu, hekim dışı sağlık personelinin en az bir temsilci ve bölüm kalite sorumlularından en az iki temsilci yer almalıdır.		
01	01	01	17	02		Komitenin görev tanımı asgari;		
01	01	01	17	02		o Bina turlarından elde edilen verilerin değerlendirilmesi,		
01	01	01	17	02		o ADSM/ADSH alt yapı güvenliğinin sağlanması,		
01	01	01	17	02		o Kurumda can ve mal güvenliğinin sağlanması,		
01	01	01	17	02		o Acil durum ve afet yönetimi çalışmaları,		
01	01	01	17	02		o Atık yönetimi çalışmaları,		
01	01	01	17	02		o Tıbbi cihazların bakım, ayar ve kalibrasyon planlarının ve kalibrasyonlarının yapılması,		
01	01	01	17	02		o Tehlikeli maddelerin yönetimi konularını kapsamalıdır.		
00	01	01	17	03		Düzenli aralıklarla toplanmalıdır.		
00	01	01	17	04		Gerektiğinde düzeltici-önleyici faaliyetleri başlatmalıdır.		
01	01	01	18	00	G	Güvenlik raporlama sistemine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	20	
00	01	01	18	01	G	Güvenlik raporlama sistemi kurulmalıdır,		
00	01	01	18	01	G	o Olay bildirimleri kalite yönetim birimine yapılmalı,		
00	01	01	18	01	G	o Kalite yönetim birimi olay bildirimlerini değerlendirerek ilgili komitelere iletmeli,		
00	01	01	18	01	G	o Komiteler olay bildirimi ile ilgili kök neden analizi yapmalı,		
00	01	01	18	01	G	o Düzeltici önleyici faaliyet başlatılmalı,		

00	01	01	18	01	G	o Olay bildirimine ilişkin analiz sonuçları ve yapılan faaliyetler kalite yönetim birimine gönderilmelidir.		
01	01	01	18	02	G	Bildirimi yapılacak olaylar asgari;		
01	01	01	18	02	G	o İlaç güvenliği,		
01	01	01	18	02	G	o Cerrahi güvenlik,		
00	01	01	18	03	G	Bildirimi yapılan olaylar ile ilgili gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyetler başlatılmalıdır.		
00	01	01	18	04	G	Güvenlik raporlama sistemine yönelik eğitimler verilmelidir.		
00	01	01	19	00		Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10	
00	01	01	19	01		Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçlar kilitli alanlarda bulundurulmalıdır.		
00	01	01	20	00		Advers Etki Bildirimi ile ilgili düzenleme yapılmalıdır.	15	
00	01	01	20	01		Farmakovijilans sorumlusu belirlenmelidir.		
00	01	01	20	02		Sorumlunun adı, iletişim bilgileri ve mesleki özgeçmişi Türkiye Farmakovijilans Merkezi (TÜFAM)’ne bildirilmelidir.		
00	01	01	20	03		Ciddi ve beklenmeyen advers etkiler farmakovijilans sorumlusuna bildirilmelidir.		
00	01	01	20	04		o Ciddi ve beklenmeyen advers etkiler 15 gün içinde TÜFAM’a elektronik raporlama sistemi ile veya “advers etki bildirim formu” doldurularak faks veya posta yoluyla bildirilmelidir.		
00	01	01	21	00		Çalışanlar tanıtım kartı kullanılmalıdır.	10	
00	01	01	21	01		Tanıtım kartları;		
00	01	01	21	01		o Standart bir tasarımda ve fotoğraflı olmalı,		
00	01	01	21	01		o Çalışanın adı, soyadı ve unvan bilgilerini içermelidir.		
00	01	01	21	02		Tanıtım kartları çalışma süresince takılmalıdır.		
00	01	01	22	00	Ç	Çalışan güvenliği açısından düzenlemeler yapılmalıdır.	20	
00	01	01	22	01	Ç	Bölüm bazında risk değerlendirilmesi yapılmalı,		

00	01	01	22	01	Ç	o Risk değerlendirmesi asgari; radyasyon, gürültü, tehlikeli maddeler, kanserojen/mutajen maddeler, tıbbi atıklar, enfeksiyon, alerjen maddeler, ergonomi, şiddet, iletişim konularını kapsamalıdır.		
00	01	01	22	02	Ç	Bölüm bazında tespit edilen risklere yönelik çalışan güvenliği için koruyucu önlemler alınmalıdır.		
00	01	01	22	03	Ç	Çalışanların maruz kaldığı olaylar kayıt altına alınmalı,		
00	01	01	22	03	Ç	o Gerekli düzeltici önleyici faaliyetler başlatılmalıdır.		
00	01	01	23	00	Ç	Çalışanların sağlık taramaları yapılmalıdır.	20	
00	01	01	23	01	Ç	Sağlık tarama programı hazırlanmalı,		
00	01	01	23	01	Ç	o Program, bölüm bazında belirlenen riskler ve uzman hekimlerin görüşleri doğrultusunda hazırlanmalıdır.		
00	01	01	23	02	Ç	Sağlık tarama sonuçları ilgili uzmanlar tarafından değerlendirilmelidir.		
00	01	01	23	03	Ç	Çalışanlar sonuçları hakkında bilgilendirilmeli,		
00	01	01	23	03	Ç	o Sağlık taraması sonuçlarına ilişkin bilgi güvenliği sağlanmalıdır.		
00	01	01	24	00	Ç	Çalışanlar tarafından kişisel koruyucu ekipman kullanılmalıdır.	15	
00	01	01	24	01	Ç	Bölüm bazında kullanılması gereken kişisel koruyucu ekipman belirlenmelidir.		
00	01	01	24	02	Ç	Kişisel koruyucu ekipman çalışma alanlarında ulaşılabilir olmalıdır.		
00	01	01	24	03	Ç	Kişisel koruyucu ekipman kullanımı konusunda çalışanlara eğitim verilmelidir.		
00	01	01	25	00		Çalışanlara yönelik uyum eğitimleri düzenlenmelidir.	10	
00	01	01	25	01		Göreve yeni başlayan her çalışana;		
00	01	01	25	01		o Genel uyum eğitimi,		
00	01	01	25	01		o Bölüm uyum eğitimi verilmelidir.		
00	01	01	25	02		Genel uyum eğitim sorumlusu belirlenmelidir.		
00	01	01	25	03		Meslek bazında her bölüm için uyum eğitimi sorumluları belirlenmelidir.		
00	01	01	25	04		Genel ve bölüm uyum eğitimleri için rehber hazırlanmalıdır.		

00	01	01	25	04		o Rehber, meslek bazında hazırlanmalıdır.		
00	01	01	26	00	G	Mavi kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	20	
00	01	01	26	01	G	Mavi kod yönetimi ile ilgili;		
00	01	01	26	01	G	o Uyarı sistemi oluşturulmalı,		
00	01	01	26	01	G	o Sorumlular belirlenmelidir. Sorumlular;		
00	01	01	26	01	G	▪ Tıbbi, idari ve hemşirelik hizmetlerinden birer temsilci bulunmalı,		
00	01	01	26	01	G	▪ Mavi kod ile ilgili tatbikat ve eğitimlerin organizasyonunu yapmalı,		
00	01	01	26	01	G	▪ Gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyet başlatmalıdır.		
00	01	01	26	01	G	o Uygulamalarda kullanılmak üzere acil müdahale seti bulunmalı,		
00	01	01	26	01	G	▪ Acil müdahale setinin miat ve kritik stok seviyeleri takip edilmelidir.		
00	01	01	26	02	G	Mavi kod uygulamalarını yapmak üzere;		
00	01	01	26	02	G	o Ekipte; en az bir hekim, bir sağlık çalışanı bulunmalı,		
00	01	01	26	02	G	▪ Hekim ve sağlık çalışanı CPR eğitimi almış olmalıdır.		
00	01	01	26	03	G	Mavi kod ekibi en geç üç dakika içerisinde olay yerine ulaşmalıdır.		
00	01	01	26	04	G	Yapılan müdahale ile ilgili kayıtlar tutulmalı,		
00	01	01	26	04	G	o Müdahale edilen kişiye ait bilgiler,		
00	01	01	26	04	G	o Yapılan uygulama,		
00	01	01	26	04	G	o Müdahalenin yeri,		
00	01	01	26	04	G	o Çağrının yapıldığı zaman,		
00	01	01	26	04	G	o Ekibin olay yerine ulaşma zamanı,		
00	01	01	26	04	G	o Müdahalenin sonucu,		
00	01	01	26	04	G	o Müdahale ekibinde yer alanların bilgilerini kapsamalı,		

00	01	01	26	04	G	o Kayıtlar kalite yönetim birimine gönderilmelidir.		
00	01	01	26	05	G	Mavi kod uygulamasına yönelik olarak her dönem tatbikat yapılmalı,		
00	01	01	26	05	G	o Tatbikatta ne kadar süre içinde olay yerine ulaşıldığına dair kayıt tutulmalıdır.		
00	01	01	26	06	G	Çalışanlara mavi kod ile ilgili eğitim verilmelidir.		
00	01	01	27	00	Ç	Beyaz kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	20	
00	01	01	27	01	Ç	Beyaz kod yönetimi ile ilgili;		
00	01	01	27	01	Ç	o Uyarı sistemi oluşturulmalı,		
00	01	01	27	01	Ç	o Sorumlular belirlenmelidir. Sorumlular;		
01	01	01	27	01	Ç	▪ Tıbbi, idari ve hemşirelik hizmetlerinden birer temsilci, kalite yönetim direktörü ve ADSM/ADSH güvenlik amiri yer almalıdır.		
00	01	01	27	02	Ç	Yapılan beyaz kod müdahalesi ile ilgili kayıtlar tutulmalı,		
00	01	01	27	02	Ç	o Olayın olduğu tarih ve saat,		
00	01	01	27	02	Ç	o Olayın olduğu yer,		
00	01	01	27	02	Ç	o Olay anında yapılan iş,		
00	01	01	27	02	Ç	o Olayın başlama nedeni,		
00	01	01	27	02	Ç	o Olayın oluş şekli,		
00	01	01	27	02	Ç	o Olayda varsa kullanılan nesne,		
00	01	01	27	02	Ç	o Olayda çevrede oluşan olumsuzluklar,		
00	01	01	27	02	Ç	o Olaya karışanların yaş, cinsiyetleri, varsa kişisel bilgileri,		
00	01	01	27	02	Ç	o Olayı görenlerin kişisel ve iletişim bilgilerini kapsamalı,		
00	01	01	27	02	Ç	o Kayıtlar kalite yönetim birimine gönderilmelidir.		
00	01	01	27	03	Ç	Beyaz kod uygulamasına yönelik olarak her dönem tatbikat yapılmalıdır.		
00	01	01	27	04	Ç	Gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyetler başlatılmalıdır.		

00	01	01	27	05	Ç	Olaya maruz kalan çalışanlara gerekli destek sağlanmalıdır.		
00	01	01	27	06	Ç	Çalışanlara beyaz kod ile ilgili eğitim verilmelidir.		
00	01	01	28	00		Acil müdahale seti bulunmalıdır.	15	
00	01	01	28	01		Sağlık hizmeti sunum alanlarında acil müdahale seti bulunmalıdır.		
00	01	01	28	02		Bölümler acil müdahale setinde bulunması gereken ilaç, malzeme ve cihazları belirlemelidir.		
01	01	01	28	03		İlaç ve malzemelerin minimum ve maksimum stok seviyeleri belirlenmelidir.		
01	01	01	28	04		Minimum ve maksimum stok seviyeleri takip edilmelidir.		
00	01	01	28	05		İlaç ve malzemelerin miat takibi yapılmalıdır.		
00	01	01	29	00	H	Tıbbi cihazların yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	15	
00	01	01	29	01	H	Tesis güvenliği komitesi altında tıbbi cihaz yönetiminden sorumlu bir ekip oluşturulmalıdır.		
00	01	01	29	02	H	Tıbbi cihazların bölüm bazında envanteri bulunmalıdır.		
01	01	01	29	03	H	Tıbbi cihazların bakım, ayar ve kalibrasyonlarına yönelik plan bulunmalı,		
01	01	01	29	03	H	o Plan dahilinde cihazların bakım, ayar ve kalibrasyonları yapılmalıdır.		
00	01	01	29	04	H	Kalibrasyonu yapılan cihazların kalibrasyon etiketi bulunmalıdır. Etiketle;		
00	01	01	29	04	H	o Kalibrasyonu yapan firmanın adı,		
00	01	01	29	04	H	o Kalibrasyon tarihi,		
00	01	01	29	04	H	o Geçerlilik süresi,		
00	01	01	29	04	H	o Sertifika numarası bulunmalıdır.		
00	01	01	30	00		ADSM/ADSH'nin temizliğine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	15	
00	01	01	30	01		Bölüm bazında temizlik planı bulunmalıdır.		
00	01	01	30	02		Risk düzeylerine göre temizlik kuralları belirlenmelidir.		
00	01	01	30	03		Temizlik malzemeleri ve malzemelerin kullanımı ile ilgili kurallar belirlenmelidir.		
00	01	01	30	04		Tüm kapalı ve açık alanların temizlikleri kontrol edilmelidir.		

00	01	01	30	04		o Kontrol aralıkları,		
00	01	01	30	04		o Kontrol sorumluları belirlenmelidir.		
00	01	01	31	00		Temizlik hizmetlerine yönelik eğitim düzenlenmelidir.	10	
00	01	01	31	01		Temizlik hizmetlerinde çalışanlara yönelik eğitim programı hazırlanmalıdır.		
00	01	01	31	02		Eğitimde;		
00	01	01	31	02		o Genel alanların temizlik kuralları,		
00	01	01	31	02		o Belirlenen risk düzeyine göre alanların temizlik kuralları,		
00	01	01	31	02		o Temizlik maddelerinin kullanım özellikleri,		
00	01	01	31	02		o Çalışanlar arası iletişim,		
00	01	01	31	02		o Hasta ve hasta yakınları ile iletişim konuları yer almalıdır.		
00	01	01	31	03		Temizlik personeline her dönem en az bir kez eğitim verilmelidir.		
00	01	01	32	00		Kişisel temizlik alanlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	15	
00	01	01	32	01		Kişisel temizlik alanlarının kapıları dışarı doğru açılmalıdır.		
00	01	01	32	02		Kişisel temizlik alanlarının temizliği sağlanmalıdır.		
00	01	01	32	03		Kişisel temizlik alanlarında temizlik malzemeleri bulundurulmalı,		
00	01	01	32	03		o Sıvı sabun, kâğıt havlu, tuvalet kâğıdı ve poşetli çöp kutusu bulundurulmalıdır.		
00	01	01	32	04		Sıvı sabun kaplarının üstüne ekleme yapılmamalı,		
00	01	01	32	04		o Boşalan sabunluk yıkanıp iyice kurutulduktan sonra tekrar doldurulmalıdır.		
00	01	01	33	00		Hasta hakları birimi bulunmalıdır.	10	
00	01	01	33	01		Hasta Hakları Birimi poliklinik hastalarının ulaşabileceği bir yerde bulunmalıdır.		
00	01	01	33	02		Birim sorumlusu belirlenmelidir.		
00	01	01	34	00		Hasta memnuniyeti anketleri uygulanmalıdır.	15	

00	01	01	34	01	Hasta memnuniyeti anketi, asgari Bakanlık tarafından yayınlanan anket sorularını içermelidir.		
00	01	01	34	02	Anketler belirlenen periyotlarda yapılmalıdır.		
00	01	01	34	03	Anketleri uygulayacak kişiler belirlenmelidir.		
00	01	01	34	04	Anket sonuçları değerlendirilmeli,		
00	01	01	34	04	o Sonuçların değerlendirilmesi sürecine üst yönetim katılmalı,		
00	01	01	34	04	o Anket sonuçlarına göre gerekli çalışmalar başlatılmalıdır.		
00	01	01	35	00	Çalışan memnuniyeti anketleri uygulanmalıdır.	15	
00	01	01	35	01	Çalışan memnuniyeti anketi, asgari Bakanlık tarafından yayınlanan anket sorularını içermelidir.		
00	01	01	35	02	Anketler belirlenen periyotlarda yapılmalıdır.		
00	01	01	35	03	Anketleri uygulayacak kişiler belirlenmelidir.		
00	01	01	35	04	Anket sonuçları değerlendirilmeli,		
00	01	01	35	04	o Sonuçların değerlendirilmesi sürecine üst yönetim katılmalı,		
00	01	01	35	04	o Anket sonuçlarına göre gerekli çalışmalar başlatılmalıdır.		
00	01	01	36	00	Hasta ve yakınlarının görüşleri alınmalı ve değerlendirilmelidir.	15	
00	01	01	36	01	Sağlık hizmeti sunulan tüm bölümlerde hasta ve yakınlarının görüşlerini bildirmelerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.		
00	01	01	36	01	o Görüşler internet üzerinden de bildirilebilmelidir.		
00	01	01	36	02	Hasta ve yakınlarının görüşleri değerlendirilmelidir.		
00	01	01	36	02	o Değerlendirmelerde kalite yönetim direktörü, hasta hakları temsilcisi ve yönetimden bir kişi yer almalı,		
00	01	01	36	02	o Görüşler her ay değerlendirilmeli,		
00	01	01	36	02	o Gerektiğinde iyileştirme faaliyeti başlatılmalıdır.		
00	01	01	36	02	o Gerektiğinde görüş bildiren hasta veya yakınına geri bildirimde bulunulmalıdır.		

00	01	01	37	00		Çalışanların görüşleri alınmalı ve değerlendirilmelidir.	15	
00	01	01	37	01		Çalışanların görüşlerini bildirmelerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır,		
00	01	01	37	01		o Görüşler intranet üzerinden de bildirilebilmelidir.		
00	01	01	37	02		Çalışanların görüşleri değerlendirilmelidir.		
00	01	01	37	02		o Değerlendirmelerde, kalite yönetim direktörü, çalışan güvenliği komitesinden bir temsilci ve üst yönetimden bir kişi yer almalı,		
00	01	01	37	02		o Görüşler her ay değerlendirilmeli,		
00	01	01	37	02		o Gerekğinde iyileştirme faaliyeti başlatılmalıdır.		
00	01	01	38	00		Engelli kişiler için işlevsel düzenlemeler bulunmalıdır.	20	
00	01	01	38	01		Otopark alanı, lavabo, tuvalet ve banyolar engelli kişilerin kullanımına yönelik düzenlenmelidir.		
00	01	01	38	02		Engelli kişiler için çıkış rampaları ve tutunma barları bulunmalıdır.		
00	01	01	38	03		Engelli kişilerin sağlık hizmeti almaları ile ilgili olarak;		
00	01	01	38	03		o Öncelikli kayıt yaptırmaları,		
00	01	01	38	03		o Poliklinik alanlarında öncelikli oturabilmeleri,		
00	01	01	38	03		o Öncelikli muayeneleri sağlanmalıdır.		
00	01	01	39	00	H	Hastanın bilgilendirilmesi ve rızasının alınmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	20	
00	01	01	39	01	H	Hastanın bilgilendirilmesi ve rızasının alınmasına yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır. Yazılı düzenleme;		
00	01	01	39	01	H	o Bilgilendirilmesi yapılacak riskli girişimsel işlemleri,		
00	01	01	39	01	H	o Riskli girişimsel işlemler öncesinde bilgilendirmenin ve rıza alınmasının;		
00	01	01	39	01	H	o Nasıl yapılacağını,		
00	01	01	39	01	H	o Kim tarafından yapılacağını içermelidir.		
00	01	01	39	02	H	Bilgilendirme ve rıza alınması ile ilgili süreçte;		

00	01	01	39	02	H	o İşlemin kim tarafından yapılacağı,		
00	01	01	39	02	H	o İşlemden beklenen faydaları,		
00	01	01	39	02	H	o İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar,		
00	01	01	39	02	H	o Varsa işlemin alternatifleri,		
00	01	01	39	02	H	o İşlemin riskleri-komplikasyonları,		
00	01	01	39	02	H	o İşlemin tahmini süresi,		
00	01	01	39	02	H	o Hastanın adı, soyadı ve imzası,		
00	01	01	39	02	H	o İşlemi uygulayacak hekimin adı, soyadı, unvanı ve imzası,		
00	01	01	39	02	H	o Rızanın alındığı tarih ve saat bulunmalıdır.		
00	01	01	40	00	H	Riskli girişimsel işlemler öncesinde hasta bilgilendirilmeli ve rızası alınmalıdır.	20	
00	01	01	41	00		Hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik düzenlemeler bulunmalıdır.	10	
00	01	01	42	00		Hastanın, yakınının ve çalışanların dini inançlarına yönelik düzenleme olmalıdır.	10	
00	01	01	43	00		Koruyucu ağız dış sağlığı konusunda eğitici çalışmalar yapılmalıdır.	15	
00	01	01	44	00		Okul taramaları yapılmalıdır.	20	
00	01	01	45	00		Randevu verme ile ilgili düzenleme yapılmalıdır.	20	
00	01	01	45	01		Randevu verme süreleri belirlenmeli,		
00	01	01	45	02		Hasta ve yakınları randevu süreleri hakkında bilgilendirilmelidir.		
00	01	01	45	03		Randevu süreleri ile ilgili gecikmeler takip edilmeli,		
00	01	01	45	03		o Gecikmeler ile ilgili aylık istatistiksel analizler yapılmalı,		
00	01	01	45	03		o Gerekli düzeltici önleyici faaliyetler başlatılmalıdır.		

00	01					KURUMSAL HİZMET YÖNETİMİ		
00	01	02				ENFEKSİYONLARIN KONTROLÜ VE ÖNLENMESİ	90	
00	01	02	01	00		ADSM/ADSH'nin tüm bölümlerini kapsayan enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesine yönelik yazılı bir düzenleme bulunmalıdır.	5	
00	01	02	01	01		Yazılı düzenlemede;		
00	01	02	01	01		o Enfeksiyon Kontrol Komitesi (EKK)'nin sorumluları,		
00	01	02	01	01		o EKK'nin tanımı ve çalışma alanları,		
00	01	02	01	01		o Eğitim programları yer almalıdır.		
00	01	02	02	00	H	Antibiyotik kullanımına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.	15	
00	01	02	02	01	H	Antibiyotik kontrol ekibi oluşturulmalı,		
00	01	02	02	01	H	o Antibiyotik kontrol ekibinde; bir başhekim yardımcısı, başhemşire ve bir diş hekimi bulunmalıdır.		
00	01	02	02	02	H	Antibiyotik Kontrol Ekibi tarafından "Akılcı Antibiyotik Kullanımı ve Antibiyotik Profilaksi Rehberi" hazırlanmalıdır.		
00	01	02	03	00	G	El hijyenini sağlamaya yönelik eğitim programı hazırlanmalıdır.	20	
00	01	02	03	01	G	Yılda en az bir kez çalışanlara eğitim verilmeli,		
00	01	02	03	01	G	o Eğitimler meslek gruplarına göre düzenlenmelidir.		
00	01	02	03	02	G	El hijyeni eğitimi;		
00	01	02	03	02	G	o El hijyeninin önemi,		
00	01	02	03	02	G	o El hijyeni endikasyonları,		
00	01	02	03	02	G	o El hijyeni sağlama yöntemleri,		
00	01	02	03	02	G	o Eldiven kullanımı ile ilgili kuralları,		
00	01	02	03	02	G	o El antiseptikleri ile ilgili genel bilgileri,		
00	01	02	03	02	G	o Alkol bazlı el antiseptikleri ile ilgili alınması gereken güvenlik önlemleri konularını kapsamalıdır.		

00	01	02	03	03	G	Çalışanlara hastane bilgi sistemi üzerinden el hijyenini hatırlatan uyarıcı mesajlar gönderilmelidir.		
00	01	02	04	00	G	El hijyenini sağlamaya yönelik malzeme bulunmalıdır.	15	
00	01	02	04	01	G	Sağlık hizmeti sunulan alanlarda alkol bazlı el antiseptikleri bulunmalıdır.		
00	01	02	05	00	G	El hijyeni uyumunun değerlendirilmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	20	
00	01	02	05	01	G	El antiseptik solüsyonu iç istemleri her bölüm için düzenli olarak üç ayda bir takip edilmeli,		
00	01	02	05	01	G	o Bölümlerde el antiseptik solüsyonlarının yeterli kullanılmadığı tespit edildiğinde iyileştirme faaliyetleri yapılmalıdır.		
00	01	02	05	02	G	“5 Endikasyon Kuralı Gözlem Formu” ile çalışanlar üzerinde haberli gözlem yapılmalı,		
00	01	02	05	02	G	o Gözlemler her üç ayda bir yapılmalı,		
00	01	02	05	02	G	o Gözlemler sağlık çalışanlarının en az %10'unu kapsamalıdır.		
00	01	02	06	00	G	Diş ünitlerinde dezenfeksiyon ve sterilizasyon sağlanmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.	15	
00	01	02	06	01	G	Temiz ve kirli aletlerin konulduğu kap ve küvetlerin kapakları kapalı olmalıdır.		
00	01	02	06	02	G	Her hastadan sonra;		
00	01	02	06	02	G	o Kreşuar ve ünit kollukları,		
00	01	02	06	02	G	o Ünit tablaları,		
00	01	02	06	02	G	o Reflektör kolu,		
00	01	02	06	02	G	o Ünit asistan paneli,		
00	01	02	06	02	G	o Ağız içi hava-su spreyleri dezenfekte edilmelidir.		
01	01					KURUMSAL HİZMET YÖNETİMİ		
00	01	03				TESİS YÖNETİMİ	130	
00	01	03	01	00		Bina turları yapılmalıdır.	15	

00	01	03	01	01	Bina turlarında ADSM/ADSH'de fiziksel durum ve işleyiş ile ilgili aksaklıklar tespit edilmelidir.		
00	01	03	01	02	Bina turları bir başhekim yardımcısı, bir müdür yardımcısı, başhemşire, kalite yönetim direktörü ve teknik işler sorumlusunun yer aldığı bir ekip tarafından yapılmalıdır.		
00	01	03	01	03	En az 3 ayda bir yapılmalıdır.		
00	01	03	01	04	Tespit edilen aksaklıklara yönelik düzeltici önleyici faaliyet başlatılmalıdır.		
00	01	03	02	00	Hasta ve çalışanların can ve mal güvenliğini sağlamaya yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10	
00	01	03	02	01	ADSM/ADSH'de 24 saat güvenlik hizmeti verilmelidir.		
01	01	03	02	02	ADSM/ADSH genel kullanım alanları güvenlik kamerası ile izlenmeli,		
01	01	03	02	02	o Güvenlik kamerası kayıtları en az 2 ay süreyle saklanmalıdır.		
00	01	03	03	00	Çevre düzenlemesi yapılmalıdır.	10	
00	01	03	03	01	ADSM/ADSH bahçesinde oturma alanları bulunmalıdır.		
00	01	03	03	02	Araç giriş-çıkışının kontrollü olmasını sağlayan bir düzenleme bulunmalıdır.		
00	01	03	03	03	Çalışanlar ve hastaların kullanımı için otopark bulunmalıdır.		
00	01	03	03	03	o Araç park alanları çizgilerle belirlenmiş olmalıdır.		
00	01	03	04	00	Tesis kaynaklı düşmeleri engellemek için önlemler alınmalıdır.	10	
00	01	03	04	01	Tesis kaynaklı düşme olaylarını engellemek için;		
00	01	03	04	01	o Merdivenlerde korkuluk bulunmalı,		
00	01	03	04	01	o Alçak tavan uyarıları bulunmalı,		
00	01	03	04	01	o Islak zemin uyarı levhaları kullanılmalı,		
00	01	03	04	01	o Zemindeki engellere karşı önlemler alınmalıdır.		
00	01	03	04	02	Tesis kaynaklı düşme olayları kalite yönetim birimine bildirilmelidir.		
00	01	03	05	00	ADSM/ADSH'de su ve elektrik enejisi hizmetleri kesintisiz olarak verilmelidir.	15	
00	01	03	05	01	İçme suyu ve elektrik enerjisi hizmetleri kesintisiz olarak sunulmalı,		

00	01	03	05	01		o Bu hizmetler ile ilgili olarak arızalanma veya acil durumlardaki karşılama kapasiteleri belirlenmeli,		
00	01	03	05	01		o Gerekğinde bu hizmetlerin hangi yolla temin edileceği planlanmalıdır.		
00	01	03	06	00		Asansörlerin güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	15	
00	01	03	06	01		Asansör kullanım uygunluk belgesi bulunmalıdır.		
00	01	03	06	02		Asansörlerde yardım çağrı sistemi bulunmalıdır.		
00	01	03	06	03		Asansörlerde engellilere yönelik düzenleme yapılmalıdır.		
00	01	03	06	04		Asansör bakımları aylık olarak ve gerektiğinde yapılmalıdır.		
00	01	03				ADSM/ADSH'de havalandırma sisteminin kontrolü ve bakımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	15	
00	01	03	07	01		Merkezi havalandırma sisteminin ve klimaların bakım ve kontrolü yapılmalıdır.		
00	01	03				ADSM/ADSH elektrik sistemlerinin güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	15	
00	01	03	08	01		ADSM/ADSH trafolarının periyodik bakımı ve kontrolü yapılmalıdır.		
00	01	03	08	02		Jeneratörlerin ruhsatı olmalıdır.		
00	01	03	08	03		Jeneratörlerin;		
00	01	03	08	03		o Günlük kontrolü,		
00	01	03	08	03		o 3 aylık, 6 aylık ve yıllık bakımları yapılmalıdır.		
00	01	03	08	04		Kesintisiz güç kaynağına (UPS) bağlı prizler tanımlanmalıdır.		
00	01	03	08	05		Prizler sabitlenmiş olmalıdır.		
00	01	03	09	00		Su depolarının güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	15	
00	01	03	09	01		Su depoları çelikten veya betondan olmalı,		
00	01	03	09	01		o Beton yapıdaki su depolarının yüzeyi kolay temizlenebilir özellikli ve sızdırmaz malzemeden yapılmış olmalıdır.		

00	01	03	09	02		Su depolarının periyodik bakımı yapılmalıdır.		
00	01	03	09	02		o Su depoları yılda en az bir kez boşaltılarak temizlenmeli,		
00	01	03	09	02		o Yılda en az 2 kez depolardan alınan su numunelerinin bakteriyolojik ve kimyasal analizleri yaptırılmalıdır.		
00	01	03	09	03		Haftalık klor ölçümleri yapılmalıdır.		
00	01	03	10	00		Medikal gaz sistemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10	
00	01	03	10	01		Medikal gaz sistemlerinin bakım ve kontrolleri yapılmalıdır.		

00	01					KURUMSAL HİZMET YÖNETİMİ		
00	01	04				ACİL DURUM VE AFET YÖNETİMİ	85	
00	01	04	01	00		Acil durum ve afet planı oluşturulmalıdır.	10	
00	01	04	01	01		Acil durum ve afet planı;		
00	01	04	01	01		o Koruyucu önlemleri,		
00	01	04	01	01		o Kontrolü,		
00	01	04	01	01		o Erken teşhis ve tespiti,		
00	01	04	01	01		o Tesisin tahliyesini,		
00	01	04	01	01		o Kullanılacak alternatif alanları,		
00	01	04	01	01		o Kullanılacak malzemelerin teminini,		
00	01	04	01	01		o İşbirliği yapılacak kurumlarla organizasyonu kapsmalıdır.		
00	01	04	01	02		Plana ilişkin görevlendirmeler yapılmalı,		
00	01	04	01	02		o Acil durumda görev alacak çalışanlar yedekleri ile birlikte belirlenmeli,		
00	01	04	01	02		▪ Sorumluluklar belirlenmelidir.		

00	01	04	02	00		Acil durum yönetimine yönelik eğitim verilmelidir.	10	
00	01	04	02	01		Acil durumda görev alacak çalışanlara acil durum planına yönelik eğitim verilmelidir.		
00	01	04	02	02		Tüm ADSM/ADSH çalışanlarına;		
00	01	04	02	02		o Yangın söndürücüleri ve hortumlarının kullanımına yönelik uygulamalı eğitim verilmelidir.		
00	01	04	02	03		Yılda en az bir kez çalışanların katılımı ile tatbikat yapılmalıdır.		
00	01	04	02	03		o Tesis tahliye tatbikatı yılda en az bir kez yapılmalıdır.		
00	01	04	02	03		o Yangın tatbikatı yılda en az bir kez yapılmalıdır.		
00	01	04	02	03		o Tatbikatların görüntü kayıtları bulunmalıdır.		
00	01	04	02	03		o Tatbikat raporu hazırlanmalıdır.		
00	01	04	02	03		o Tatbikat raporuna göre gerektiğinde düzeltici ve önleyici faaliyet başlatılmalıdır.		
00	01	04	03	00		Depreme yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10	
00	01	04	03	01		Birinci ve ikinci deprem bölgesinde bulunan ADSM/ADSH'lerde "Yapısal Olmayan Tehlikelerin Azaltılması (YOTA)" uygulaması yapılmalıdır.		
00	01	04	04	00		Acil çıkışlara yönelik düzenleme bulunmalıdır.	15	
00	01	04	04	01		Acil çıkış levhaları bulunmalı,		
00	01	04	04	01		o Acil çıkış levhaları, karanlıkta görülebilecek özellikte olmalı,		
00	01	04	04	01		o Levhalar, ADSM/ADSH'nin her noktasından çıkışlara ulaştıracak şekilde yerleştirilmeli,		
00	01	04	04	01		o Diğer işaret ve levhalar çıkış levhalarının görülmesini engellememelidir.		
00	01	04	04	02		Acil çıkışlara yönelik düzenleme yapılmalı,		
00	01	04	04	02		o ADSM/ADSH krokilerinde acil çıkışlar gösterilmeli,		
00	01	04	04	02		o Acil çıkışlarda herhangi bir engel bulunmamalı,		
00	01	04	04	02		o Acil çıkış kapıları içeriden panik barlı olmalı,		

00	01	04	04	02		o Acil çıkış merdivenlerinde elektrik kesildiğinde devreye giren acil aydınlatma lambaları bulunmalıdır.		
00	01	04	05	00		Acil durum erken uyarı sistemi bulunmalıdır.	10	
00	01	04	05	01		Acil durum erken uyarı sisteminde ses ve ışık uyarıları kullanılmalıdır.		
00	01	04	05	02		Sistem kesintisiz güç kaynağına bağlı olarak çalışmalıdır.		
00	01	04	05	03		Sistemin bakım ve kontrolleri yapılmalıdır.		
00	01	04	06	00		Yangın algılama sistemi bulunmalıdır.	10	
00	01	04	06	01		Yangın algılama sistemi;		
00	01	04	06	01		o ADSM/ADSH'nin tüm alanlarında bulunmalı,		
00	01	04	06	01		o Adreslenebilir olmalı,		
00	01	04	06	01		o Kesintisiz güç kaynağına bağlı olarak çalışmalıdır.		
00	01	04	06	02		Yangın algılama sistemlerinin bakım ve kontrolleri yapılmalıdır.		
00	01	04	07	00		Yangın söndürücülerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10	
00	01	04	07	01		ADSM/ADSH krokilerinde yangın söndürücüleri gösteren işaretlemeler bulunmalıdır.		
00	01	04	07	02		Yangın söndürücüler duvara sabitlenmiş bir şekilde bulunmalıdır.		
00	01	04	07	03		Otoparklarda, depolarda, tesisat dairelerinde ve benzeri yerlerde tekerlekli tip söndürme tüpü bulunmalıdır.		
00	01	04	07	04		Yangın Söndürme tüplerinin;		
00	01	04	07	04		o Kontrolü yapılmalı,		
00	01	04	07	04		o Genel bakımları yapılmalı,		
00	01	04	07	04		o Toz değişimi yapılmalıdır.		
00	01	04	07	05		Yangın dolabı içindeki ekipman çalışır durumda olmalıdır.		
00	01	04	07	05		o Yangın hortumu hasarsız olmalı,		

00	01	04	07	05		o Yangın hortumu çekildiğinde kolayca gelmeli,		
00	01	04	07	05		o Vanalar kolayca açılmalıdır.		
00	01	04	08	00		Bina çatılarında yangına karşı önlemler alınmalıdır.	10	
00	01	04	08	01		Çatılar belirli aralıklarda temizlenmelidir.		
00	01	04	08	02		Yangına sebebiyet verecek hiçbir malzeme ve ekipman bulunmamalıdır.		
00	01	04	08	03		Elektrik aksamının yalıtımları olmalıdır.		
BİLGİ YÖNETİMİ								
00	01					KURUMSAL HİZMET YÖNETİMİ		
00	01	05				BİLGİ YÖNETİMİ	140	
00	01	05	01	00		Yazılım-donanım destek birimi bulunmalıdır.	10	
00	01	05	01	01		Yazılım-donanım destek birimi 24 saat kesintisiz hizmet sunmalı,		
00	01	05	01	02		Yazılım-donanım destek birimi çalışanlarının güncel iletişim bilgileri santralde bulunmalıdır.		
00	01	05	02	00		Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS)'nde yer alan modüller tek bir veri tabanı üzerinden yönetilmelidir.	10	
00	01	05	02	01		HBYS'de yer alan temel modüllerin tümü aktif olarak kullanılmalı,		
00	01	05	02	01		o Hasta Kayıt, Poliklinik, Depo, Satın alma, Ayniyat, Laboratuvar, Vezne, Faturalandırma, Radyoloji, Personel modülü bulunmalıdır.		
00	01	05	02	02		Bölümlerin malzeme ve demirbaş istemlerinin;		
00	01	05	02	02		o Yapılması,		
00	01	05	02	02		o Onaylanması,		
00	01	05	02	02		o Satın alınması,		
00	01	05	02	02		o Depoya teslim edilmesi,		
00	01	05	02	02		o Bölümler tarafından teslim alınması HBYS üzerinden gerçekleştirilmelidir.		

00	01	05	03	00	HBYS’de personel bilgi modülü bulunmalıdır.	10	
00	01	05	03	01	Personel bilgi modülünde çalışanların;		
00	01	05	03	01	o Fotoğrafı,		
00	01	05	03	01	o Çalıştığı birim,		
00	01	05	03	01	o Kan grubu,		
00	01	05	03	01	o İletişim bilgileri,		
00	01	05	03	01	o İzin ve rapor bilgileri,		
00	01	05	03	01	o Eğitim durumu,		
00	01	05	03	01	o Sertifikaları,		
00	01	05	03	01	o Hizmet içi eğitimleri,		
00	01	05	03	01	o Yabancı dil bilgisi güncel olarak yer almalıdır.		
00	01	05	04	00	HBYS’ye bağlı tüm bilgisayarlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10	
00	01	05	04	01	Bilgisayar donanım ve yazılımlarının güncel envanteri oluşturulmalıdır. Envanterde;		
00	01	05	04	01	o Bulunduğu bölüm, marka, model, seri no, demirbaş numarası, donanım ve yazılım adı, işletim sistemi, ek aksesuarlar, alınma tarihi, varsa garanti süresi bulunmalıdır.		
00	01	05	05	00	Bilgi güvenliğini sağlamaya yönelik düzenleme yapılmalıdır.	15	
00	01	05	05	01	Bilgi güvenliğini sağlamaya yönelik yazılı bir düzenleme bulunmalıdır. Yazılı düzenleme;		
00	01	05	05	01	o Sunucuların güvenliği,		
00	01	05	05	01	o Yedekleme,		
00	01	05	05	01	o Kişisel sağlık kayıtlarının güvenliği		
00	01	05	05	01	o İnternet erişim ve kullanımı,		
00	01	05	05	01	o e-posta kullanımı,		
00	01	05	05	01	o Şifre kullanımı,		

00	01	05	05	01		o Uzaktan erişim,		
00	01	05	05	01		o Kablosuz erişim konularını kapsamalıdır.		
00	01	05	05	02		Bilgi güvenliğinden sorumlu bir ekip oluşturulmalı,		
00	01	05	05	02		o ADSM/ADSH üst yönetiminden bir kişi ekibe başkanlık etmeli,		
00	01	05	05	02		o Ekip;		
00	01	05	05	02		▪ Bilgi güvenliği ile ilgili mevcut durumu tespit etmeli		
00	01	05	05	02		▪ Bilgi güvenliği için olası riskleri belirlemeli,		
00	01	05	05	02		▪ Tanımlı kullanıcılar için yapılan yetki değişikliklerini izlemeli,		
00	01	05	05	02		▪ Gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyet başlatmalıdır.		
00	01	05	05	03		Tüm bilgisayarlarda merkezi sunucu tarafından kontrol edilebilen antivirüs yazılımı olmalıdır.		
00	01	05	05	04		Bilgi güvenliği konusunda çalışanlara eğitim verilmelidir.		
00	01	05	06	00		Sunucu odalarının güvenliği sağlanmalıdır.	10	
00	01	05	06	01		Sadece sunuculara tahsis edilmiş bağımsız bir oda olmalıdır.		
00	01	05	06	02		Kilitli olmalı, yetkisiz personelin girişi engellenmelidir.		
00	01	05	06	03		Suya karşı iyi bir yalıtıma sahip olmalıdır.		
00	01	05	06	04		ADSM/ADSH'deki diğer kesintisiz güç kaynaklarından bağımsız bir kesintisiz güç kaynağı bulunmalıdır.		
00	01	05	06	05		Sıcaklık 18-22 °C; nem % 30 - % 50 arasında olmalıdır.		
00	01	05	06	06		Yedekli olarak çalışan klima bulundurulmalıdır.		
00	01	05	07	00		Sunucunun güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.	10	
00	01	05	07	01		Kurumda bulunan bütün sunucuların kayıtları tutulmalıdır. Bu kayıtlarda:		
00	01	05	07	01		o Sunucunun yeri,		
00	01	05	07	01		o Sorumlu kişisi,		

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

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

00	01	05	13	05		Sorunlar ile ilgili aylık istatistiksel çalışma yapılmalı,		
00	01	05	13	05		o Sorunlar ile ilgili gerekli düzeltici önleyici faaliyet başlatılmalıdır.		
STOK YÖNETİMİ								
00	01					KURUMSAL HİZMET YÖNETİMİ		
00	01	06				STOK YÖNETİMİ	55	
00	01	06	01	00		İlaç, anestezi ajan, kit, kalibratör, kontrol serumları ve malzemelerin takibi yapılmalıdır.	15	
00	01	06	01	01		İlaç, anestezi ajan, kit, kalibratör, kontrol serumları ve malzemelerin stok takibi HBYS üzerinden yapılmalı,		
00	01	06	01	01		o İlaç, anestezi ajan, kit, kalibratör, kontrol serumları ve malzemelerin minimum stok seviyesi, kritik stok seviyesi, maksimum stok seviyesi belirlenmeli,		
00	01	06	01	01		o Minimum, kritik ve maksimum stok seviyeleri HBYS’de takip edilmeli,		
00	01	06	01	01		o Belirlenen seviyelerde sapma olması durumunda HBYS’de uyarıcı düzenleme bulunmalıdır.		
00	01	06	01	02		İlaç, anestezi ajan, kit, kalibratör, kontrol serumları ve malzemelerin miatları HBYS üzerinden takip edilmeli,		
00	01	06	01	02		o Miadı yaklaşan ilaç, anestezi ajan, kit ve malzemelere yönelik HBYS’de uyarıcı bir düzenleme bulunmalıdır.		
00	01	06	02	00		Depoda bulunan malzemelerin yerleştirilmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10	
00	01	06	02	01		Malzemelerin yerleşim yerini gösteren yerleşim planları bulunmalıdır.		
00	01	06	02	02		Depolarda hemzemin yerleştirme yapılmamalıdır.		
00	01	06	02	03		İstifleme tavandan en az 40 cm aşağıda olmalıdır.		
00	01	06	02	04		Malzemenin cinsine göre uygun yerleştirme yapılmalıdır.		
00	01	06	03	00		Deponun koşullarına göre oluşabilecek risklere yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10	
00	01	06	03	01		Deponun koşullarına göre riskler tanımlanmalıdır.		
00	01	06	03	02		Risklere yönelik koruyucu önlemler alınmalıdır.		

00	01	06	04	00		Depoda sıcaklık ve nem takibi yapılmalıdır.	10	
00	01	06	04	01		Depolarda bulunan malzemenin niteliğine göre sıcaklık ve nem takibi yapılmalıdır.		
00	01	06	04	02		Depoda bulunan buzdolaplarının sıcaklık ölçümleri yapılmalıdır.		
00	01	06	05	00		Tehlikeli maddelerin yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10	
00	01	06	05	01		Tehlikeli maddelerin yönetimine yönelik yazılı bir düzenleme bulunmalıdır. Yazılı düzenleme;		
00	01	06	05	01		o Tehlikeli maddelerin güvenli taşınması, depolanması ve kullanılmasını,		
00	01	06	05	01		o Tehlikeli maddelerin dökülmesi ve maddelere maruz kalma durumunda yapılması gerekenleri kapsamalıdır.		
00	01	06	05	02		Kullanılan tehlikeli maddelerin envanteri oluşturulmalıdır. Envanterde;		
00	01	06	05	02		o Tehlikeli maddenin;		
00	01	06	05	02		▪ İsmi, markası, etken maddesi, tipi (toz, kristal vs), kullanım şekli ve miadını,		
00	01	06	05	02		▪ Saklama koşullarını,		
00	01	06	05	02		▪ Etkileşime girdiği maddeleri,		
00	01	06	05	02		▪ Temas halinde yapılacakları,		
00	01	06	05	02		▪ Kullanıldığı ve depolandığı yerleri,		
00	01	06	05	02		▪ Taşıma şeklini,		
00	01	06	05	02		▪ İmha yöntemlerini,		
00	01	06	05	02		▪ Tehlikeli madde sınıfını gösteren simgelerini kapsamalıdır.		
00	01	06	05	02		o Envanter depoda ve kullanım alanında bulunmalıdır.		
00	01	06	05	03		Kimyasal maddenin adı ve tehlikeli madde sınıfını gösteren simge belirtilerek etiketlenmelidir.		
00	01	06	05	04		Kullanıcılara tehlikeli madde sınıfını gösteren simgeler hakkında eğitim verilmelidir.		

ATIK YÖNETİMİ

00	01					KURUMSAL HİZMET YÖNETİMİ		
00	01	07				ATIK YÖNETİMİ	336	5
00	01	07	01	00	G	Atık yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	15	
00	01	07	01	01	G	Bu düzenleme		
00	01	07	01	01	G	o Üretilen atık çeşitlerini,		
00	01	07	01	01	G	o Atıkların kaynağında ayrıştırılmasını,		
00	01	07	01	01	G	o Üretilen atık miktarının azaltılmasını,		
00	01	07	01	01	G	o Atıkların usulüne uygun olarak toplanmasını ve taşınmasını,		
00	01	07	01	01	G	o Atıkları taşımada kullanılacak ekipmanları,		
00	01	07	01	01	G	o Toplama ekipmanlarının temizliğini ve dezenfeksiyonunu,		
00	01	07	01	01	G	o Geçici depolama alanlarının kullanımı ve atıkların depolanması ile ilgili kuralları,		
00	01	07	01	01	G	o Geçici depolama alanlarının temizliği ve dezenfeksiyon kuralları,		
00	01	07	01	01	G	o Lisanslı atık taşıyıcılarına teslim edilmesini,		
00	01	07	01	01	G	o Atıkların toplanması ve taşınması sırasında oluşabilecek kazalara karşı alınacak önlemleri ve kaza durumunda yapılacak işlemleri,		
00	01	07	01	01	G	o Atık yönetimi sürecinde yer alan sorumluları kapsmalıdır.		
00	01	07	02	00		Geçici depolama alanları oluşturulmalıdır.	10	
00	01	07	02	01		Tıbbi ve evsel atık depoları bulunmalıdır.		
00	01	07	02	02		Diğer atıklar için depolama alanları bulunmalıdır. Diğer atıklar;		
00	01	07	02	02		o Tehlikeli atıklar,		
00	01	07	02	02		o Cam, kağıt ve ambalaj atıkları,		

00	01	07	02	02		o Bitkisel yağ atıkları,		
00	01	07	02	02		o Pil/akümülatör,		
00	01	07	02	02		o Floresan lamba atıklarını kapsar.		
00	01	07	02	03		Geçici depolama alanlarının temizliği yapılmalıdır.		
00	01	07	03	00		Amalgam atıklarının yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	15	
00	01	07	03	01		Amalgam atıklarının ayrıştırılması sağlanmalıdır.		
00	01	07	03	01		o Ünit kreşuarında veya diş ünitlerinde amalgam atıklarının kanalizasyona karışması engellenmelidir.		
00	01	07	03	02		Amalgamatörlerde kalan amalgamların temizliğine yönelik düzenleme yapılmalıdır.		
00	01	07	03	02		o Amalgamatörün içinde birikmiş amalgam temizlenmelidir. Temizlik işlemi;		
00	01	07	03	02		▪ İşlem öncesi,		
00	01	07	03	02		▪ Bakımdan önce,		
00	01	07	03	02		▪ Arızalı olan amalgamatörün bakımı yapılmadan önce,		
00	01	07	03	02		▪ Hurdaya ayrılacak amalgamatör hurdaya ayrılmadan önce yapılmalıdır.		
00	01	07	03	03		Amalgamların bertarafı atık yönetimine uygun şekilde yapılmalıdır.		
00	01	07	04	00		Atık yönetimi konusunda çalışanlara eğitim verilmelidir.	10	
00	01	07	05	00		Atıkların kaynağında ayrıştırılmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	15	
00	01	07	05	01		Her bölüm için atıklar belirlenmelidir.		
00	01	07	05	02		Uygun atık kutuları kullanılmalıdır.		

SAĞLIK HİZMETİ YÖNETİMİ

POLİKLİNİK HİZMETLERİ

Revizyon	Dikey Boyut	Bölüm No	Standart No	Değerlendirme Ölçütü	Yatay Boyut	STANDARTLAR	Puan	Sonuç
00	02					SAĞLIK HİZMETİ YÖNETİMİ		
00	02	01				POLİKLİNİK HİZMETLERİ	280	
00	02	01	01	00		Hasta kayıt işlemlerinin yapıldığı birime yönelik düzenleme bulunmalıdır.	10	
00	02	01	01	01		Hasta kayıt işlemlerinin yapıldığı birim bulunmalıdır.		
00	02	01	01	02		Bu birimde poliklinik hizmeti veren hekimlerin listesi bulunmalıdır.		
00	02	01	01	03		Birim çalışanlarına eğitim verilmelidir. Eğitim programında;		
00	02	01	01	03		o Hasta memnuniyeti,		
00	02	01	01	03		o Hasta hakları,		
00	02	01	01	03		o İletişim becerileri bulunmalıdır.		
00	02	01	01	04		Birim çalışanlarına her dönem en az bir kez eğitim verilmelidir.		
00	02	01	02	00		Karşılama, danışma ve yönlendirme hizmeti verilmelidir.	15	
00	02	01	02	01		Hastaların giriş yaptığı alanlarda karşılama, danışma ve yönlendirme hizmeti sunan birim bulunmalıdır.		
00	02	01	02	02		Bu birimde; hastane bilgi rehberi, tanıtıcı broşür, telefon ve bilgisayar bulunmalıdır.		
00	02	01	02	03		Bu birimde çalışanlar, diğer hastane çalışanlarından ayırt edilebilecek kıyafet giymelidir.		

00	02	01	02	04		Bu birimde çalışanlara eğitim verilmelidir. Eğitim programında;		
00	02	01	02	04		o Hasta memnuniyeti,		
00	02	01	02	04		o Hasta hakları,		
00	02	01	02	04		o İletişim becerileri bulunmalıdır.		
00	02	01	02	05		Bu birimde çalışanlara her dönem en az bir kez eğitim verilmelidir.		
00	02	01	03	00		Bekleme alanlarında düzenleme yapılmalıdır.	10	
00	02	01	03	01		Bekleme alanları oturma alanlarına sahip olmalıdır.		
00	02	01	03	02		Bekleme alanları temiz olmalıdır.		
00	02	01	03	03		Bekleme alanlarında iklimlendirme sağlanmalıdır.		
00	02	01	04	00		Muayene zaman aralığı belirlenmelidir.	10	
00	02	01	04	01		Muayene zaman aralığı bir saatlik zaman aralığı şeklinde düzenlenmelidir.		
00	02	01	04	02		Hasta muayene zaman aralığı hakkında bilgilendirilmelidir.		
00	02	01	05	00		Muayene odalarında düzenleme yapılmalıdır.	10	
00	02	01	05	01		Muayene odalarında;		
00	02	01	05	01		o Oda girişinde hekimin adı soyadı, varsa uzmanlık alanı ve unvanı bulunmalı,		
00	02	01	05	01		o Her diş hekiminin kolay ulaşabildiği lavabo, sıvı sabun, kâğıt havlu ve alkol bazlı el antiseptikleri bulunmalı,		
00	02	01	06	00		Yaşlı kişiler için işlevsel düzenlemeler bulunmalıdır.	15	
00	02	01	06	01		Yaşlı kişilerin sağlık hizmeti almaları ile ilgili olarak;		
00	02	01	06	01		o Öncelikli kayıt yaptırmaları,		
00	02	01	06	01		o Poliklinik alanlarında öncelikli oturabilmeleri,		
00	02	01	06	01		o Öncelikli muayeneleri sağlanmalıdır.		
00	02	01	07	00		Engelli hastalar için düzenleme yapılmalıdır.	10	

00	02	01	07	01	Hasta koltuğu başlığı (tetiye) arkaya katlanabilir olmalı,		
00	02	01	07	02	Engelli hastanın hasta koltuğuna oturabilmesi için hasta girişi tarafında sabit kolluk olmamalı,		
00	02	01	07	03	Bir diş ünitesinin arkasında en az iki metrelik mesafe bulunmalı,		
00	02	01	07	04	Ünit girişi tekerlekli sandalyenin geçişine uygun şekilde düzenlenmeli,		
00	02	01	07	04	o Giriş tekerlekli sandalyenin geçebileceği genişlikte olmalı,		
00	02	01	07	04	o Girişte engel bulunmamalıdır.		
00	02	01	08	00	Hastanın güvenliğini sağlamaya yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.	15	
00	02	01	08	01	İlk muayenede hastanın ağız ve diş sağlığı durumu belirlenmeli,		
00	02	01	08	01	o Hastanın ağız ve diş sağlığı durumu hastane bilgi yönetim sistemine veya hasta dosyasına kayıt edilmelidir.		
00	02	01	08	02	Hastaya uygulanan anestezi ilaçlarının güvenliği sağlanmalı,		
00	02	01	08	02	o Hastaya uygulanacak anestezi ilaçları tedavi sırasında hazırlanmalıdır.		
00	02	01	08	03	Tedavi sırasında kullanılan malzemeler hastaya özel olmalıdır.		
00	02	01	09	00	Hastaların hekim seçme hakkı olmalıdır.	15	
00	02	01	09	01	Hastalar istediği hekimi seçebilmelidir.		
00	02	01	10	00	Hastalara hizmet verilen alanlar iletişime açık bir şekilde düzenlenmelidir.	15	
00	02	01	10	01	Sonuç alma, kayıt, halkla ilişkiler hizmet noktalarında hasta ve çalışan arasında fiziksel bariyer (camekân, pencere, demir parmaklık, yükseklik) bulunmamalıdır.		
00	02	01	11	00	Bebek bakım ve emzirme odası bulunmalıdır.	10	
00	02	01	11	01	Bebek bakım ve emzirme odalarında;		
00	02	01	11	01	o Emzirmeyi özendirici, doğru emzirmeyi anlatan afiş ve broşürler olmalı,		
00	02	01	11	01	o Kenarları sivri olmayan malzeme bulunmalı,		
00	02	01	11	01	o Oyuncak bulundurulmamalı,		

00	02	01	11	01		o Bebek alt deęiřtirme yeri korkuluklu ve temiz olmalı,		
00	02	01	11	01		o Lavabo, sabun, kâğıt havlu, duvara monte el antiseptiği bulunmalı,		
00	02	01	11	01		o İklimlendirme sağlanmalıdır.		
00	01	01	09	00		İlaç ve kit muhafaza edilen buzdolaplarının sıcaklık takipleri yapılmalıdır.	10	
00	01	01	24	00	Ç	Çalışanlar tarafından kişisel koruyucu ekipman kullanılmalıdır.	15	
00	01	01	24	01	Ç	Bölüm bazında kullanılması gereken kişisel koruyucu ekipman belirlenmelidir.		
00	01	01	24	02	Ç	Kişisel koruyucu ekipman çalışma alanlarında ulaşılabilir olmalıdır.		
00	01	01	24	03	Ç	Kişisel koruyucu ekipman kullanımı konusunda çalışanlara eğitim verilmelidir.		
00	01	01	28	00		Acil müdahale seti bulunmalıdır.	15	
00	01	01	28	01		Sağlık hizmeti sunum alanlarında acil müdahale seti bulunmalıdır.		
00	01	01	28	02		Bölmeler acil müdahale setinde bulunması gereken ilaç, malzeme ve cihazları belirlemelidir.		
01	01	01	28	03		İlaç ve malzemelerin minimum ve maksimum stok seviyeleri belirlenmelidir.		
01	01	01	28	04		Minimum ve maksimum stok seviyeleri takip edilmelidir.		
00	01	01	28	05		İlaç ve malzemelerin miat takibi yapılmalıdır.		
00	01	01	29	00	H	Tıbbi cihazların yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	15	
00	01	01	29	02	H	Tıbbi cihazların bölüm bazında envanteri bulunmalıdır.		
01	01	01	29	03	H	Tıbbi cihazların bakım, ayar ve kalibrasyonlarına yönelik plan bulunmalı,		
01	01	01	29	03	H	o Plan dahilinde cihazların bakım, ayar ve kalibrasyonları yapılmalıdır.		
00	01	01	29	04	H	Kalibrasyonu yapılan cihazların kalibrasyon etiketi bulunmalıdır. Etiketle;		
00	01	01	29	04	H	o Kalibrasyonu yapan firmanın adı,		
00	01	01	29	04	H	o Kalibrasyon tarihi,		
00	01	01	29	04	H	o Geçerlilik süresi,		

00	01	01	29	04	H	o Sertifika numarası bulunmalıdır.		
00	01	01	30	00		ADSM/ADSH'nin temizliğine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	15	
00	01	01	30	01		Bölüm bazında temizlik planı bulunmalıdır.		
00	01	01	30	02		Risk düzeylerine göre temizlik kuralları belirlenmelidir.		
00	01	01	30	03		Temizlik malzemeleri ve malzemelerin kullanımı ile ilgili kurallar belirlenmelidir.		
00	01	01	30	04		Tüm kapalı ve açık alanların temizlikleri kontrol edilmelidir.		
00	01	01	30	04		o Kontrol aralıkları,		
00	01	01	30	04		o Kontrol sorumluları belirlenmelidir.		
00	01	01	32	00		Kişisel temizlik alanlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	15	
00	01	01	32	01		Kişisel temizlik alanlarında kapıları dışarı doğru açılmalıdır.		
00	01	01	32	02		Kişisel temizlik alanlarının temizliği sağlanmalıdır.		
00	01	01	32	03		Kişisel temizlik alanlarında temizlik malzemeleri bulundurulmalı,		
00	01	01	32	03		o Sıvı sabun, kâğıt havlu, tuvalet kâğıdı ve poşetli çöp kutusu bulundurulmalıdır.		
00	01	01	32	04		Sıvı sabun kaplarının üstüne ekleme yapılmamalı,		
00	01	01	32	04		o Boşalan sabunluk yıkanıp iyice kurutulduktan sonra tekrar doldurulmalıdır.		
00	01	01	40	00	H	Riskli girişimsel işlemler öncesinde hasta bilgilendirilmeli ve rızası alınmalıdır.	20	
00	01	02	04	00	G	El hijyenini sağlamaya yönelik malzeme bulunmalıdır.	15	
00	01	02	04	01	G	Sağlık hizmeti sunulan alanlarda alkol bazlı el antiseptikleri bulunmalıdır.		
00	01	01	41	00		Hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik düzenlemeler bulunmalıdır.	10	
00	01	07	05	00		Atıkların kaynağında ayrıştırılmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	15	
00	01	07	05	01		Her bölüm için atıklar belirlenmelidir.		
00	01	07	05	02		Uygun atık kutuları kullanılmalıdır.		

PROTEZ LABORATUVARI HİZMETLERİ

00	02					SAĞLIK HİZMETİ YÖNETİMİ		
00	02	02				PROTEZ LABORATUVARI HİZMETLERİ	170	
00	02	02	01	00		Laboratuvarda fiziki düzenleme yapılmalıdır.	15	
00	02	02	01	01		Tüm yüzeyler pürüzsüz, gözeneksiz, kolay temizlenebilir, dezenfekte edilebilir nitelikte olmalıdır.		
00	02	02	01	02		Lavabo, sabun, kâğıt havlu, duvara monte el antiseptiği bulunmalıdır.		
00	02	02	01	03		İklimlendirme sağlanmalıdır.		
00	02	02	01	04		Havalandırma sistemi sağlanmalıdır.		
00	02	02	02	00		Alçı odalarında fiziki düzenleme yapılmalıdır.	15	
00	02	02	02	01		Alçı odası ayrı olarak düzenlenmelidir.		
00	02	02	02	02		Havalandırma sistemi sağlanmalıdır.		
00	02	02	02	03		Lavabo, sabun, kâğıt havlu, duvara monte el antiseptiği bulunmalıdır.		
00	02	02	03	00		Akrilik maddelerinin yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	20	
00	02	02	03	01		Laboratuvar havası filtre edilerek dışarı atılmalıdır.		
00	02	02	03	02		Çalışanlar için koruyucu ekipman bulunmalıdır.		
00	02	02	04	00		Laboratuvar güvenliğini sağlamaya yönelik düzenleme bulunmalıdır.	15	
00	02	02	04	01		Laboratuvar güvenlik rehberi hazırlanmalıdır. Bu rehber asgari;		
00	02	02	04	01		o Laboratuvar çalışanlarının uyması gereken kuralları,		
00	02	02	04	01		o Kullanılan kimyasal maddelere karşı alınması gereken tedbirleri,		
00	02	02	04	01		o Yangına karşı alınması gereken tedbirleri,		
00	02	02	04	01		o Elektrik güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirleri,		
00	02	02	04	01		o Giriş ve çıkışlara ilişkin kuralları,		

00	02	02	04	01	o Temizlik, dezenfeksiyon, sterilizasyon kurallarını kapsamalldır.		
00	02	02	04	01	o Laboratuvar da sıcaklık ve nem takipleri yapılmalıdır.		
00	02	02	05	00	Ölçü, model ve protezin yönetimine yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır.	10	
00	02	02	05	01	Yazılı düzenleme;		
00	02	02	05	01	o Ölçünün alınması ve teslimini,		
00	02	02	05	01	o Modelin oluşturulması ve teslimini,		
00	02	02	05	01	o Protezin teslimini,		
00	02	02	05	01	o Dezenfeksiyonu,		
00	02	02	05	01	oTransferin çalışan tarafından yapılmasını kapsamalldır.		
00	02	02	06	00	Ölçü kabul ve red kriterlerine yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır.	5	
00	02	02	07	00	Protez yapım sürecine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	10	
00	02	02	07	01	Ölçülerin alındığı tarih ve saat,		
00	02	02	07	02	Ölçülerin laboratuvara kabul edildiğı tarih ve saat,		
00	02	02	07	03	Protezin teslim tarih ve saati kayıt altına alınmalıdır.		
00	02	02	07	04	Tüm kayıtlar HBYS üzerinde kayıt edilmelidir.		
00	02	02	08	00	Protezlerin teslimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10	
00	02	02	08	01	Protez teslim süreleri belirlenmelidir.		
00	02	02	08	02	Protez teslim süreleri değerlendirilmelidir.		
00	02	02	08	03	Gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyet başlatılmalıdır.		
00	02	02	08	04	Hastalara ait protezler kayıt altına alınmalıdır.		
00	02	02	08	05	Protezlerin karışmamasına yönelik tanımlayıcı kullanılmalıdır.		
00	02	02	09	00	Protez hizmeti ADSM/ADSH dışından alınıyorsa hizmet alımı yapılan laboratuvarların cihazlarının bakım ve kalibrasyon kayıtları her dönem kurum tarafından kontrol edilip arşivlenmelidir.	10	

00	01	01	24	00	Ç	Çalışanlar tarafından kişisel koruyucu ekipman kullanılmalıdır.	15	
00	01	01	24	01	Ç	Bölüm bazında kullanılması gereken kişisel koruyucu ekipman belirlenmelidir.		
00	01	01	24	02	Ç	Kişisel koruyucu ekipman çalışma alanlarında ulaşılabilir olmalıdır.		
00	01	01	24	03	Ç	Kişisel koruyucu ekipman kullanımı konusunda çalışanlara eğitim verilmelidir.		
00	01	01	29	00	H	Tıbbi cihazların yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	15	
00	01	01	29	02	H	Tıbbi cihazların bölüm bazında envanteri bulunmalıdır.		
01	01	01	29	03	H	Tıbbi cihazların bakım, ayar ve kalibrasyonlarına yönelik plan bulunmalı,		
01	01	01	29	03	H	o Plan dahilinde cihazların ölçme, ayar ve kalibrasyonları yapılmalıdır.		
00	01	01	29	04	H	Kalibrasyonu yapılan cihazların kalibrasyon etiketi bulunmalıdır. Etiketle;		
00	01	01	29	04	H	o Kalibrasyonu yapan firmanın adı,		
00	01	01	29	04	H	o Kalibrasyon tarihi,		
00	01	01	29	04	H	o Geçerlilik süresi,		
00	01	01	29	04	H	o Sertifika numarası bulunmalıdır.		
00	01	01	32	00		Kişisel temizlik alanlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	15	
00	01	01	32	01		Kişisel temizlik alanlarında kapıları dışarı doğru açılmalıdır.		
00	01	01	32	02		Kişisel temizlik alanlarının temizliği sağlanmalıdır.		
00	01	01	32	03		Kişisel temizlik alanlarında temizlik malzemeleri bulundurulmalı,		
00	01	01	32	03		o Sıvı sabun, kâğıt havlu, tuvalet kâğıdı ve poşetli çöp kutusu bulundurulmalıdır.		
00	01	01	32	04		Sıvı sabun kaplarının üstüne ekleme yapılmamalı,		
00	01	01	32	04		o Boşalan sabunluk yıkanıp iyice kurutulduktan sonra tekrar doldurulmalıdır.		
00	01	07	05	00		Atıkların kaynağında ayrıştırılmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	15	
00	01	07	05	01		Her bölüm için atıklar belirlenmelidir.		

00	01	07	05	02		Uygun atık kutuları kullanılmalıdır.		
GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ								
00	02					SAĞLIK HİZMETİ YÖNETİMİ		
00	02	03				GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ	165	
00	02	03	01	00		Radyasyon yayan cihazların bulunduğu alanlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10	
00	02	03	01	01		Görüntüleme cihazları dış ünitenin bulunduğu yerden bağımsız bir alanda olmalıdır.		
00	02	03	01	02		Radyasyon yayan cihazların bulunduğu alanların Türkiye Atom Enerjisi Kurumundan (TAEK) lisansı bulunmalıdır.		
00	02	03	01	03		Radyasyon yayan cihazların bulunduğu alanlarda, iyonize havanın dışarıya atılmasını sağlayan aspirasyon sistemi bulunmalıdır.		
00	02	03	01	04		Görüntüleme hizmetlerinin sunulduğu alanlarda radyasyon uyarı levhaları bulunmalıdır.		
00	02	03	02	00	H	Hasta ve yakınlarının radyasyondan korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.	15	
00	02	03	02	01	H	Hasta ve yakınları için radyasyon koruyucular kullanılmalı,		
00	02	03	02	01	H	o Farklı ebatlarda radyasyon koruyucular bulunmalıdır.		
00	02	03	02	02	H	Gebe ve gebelik şüphesi olanlar radyasyon güvenliği konusunda bilgilendirilmelidir.		
00	02	03	02	03	H	Gebe ve gebelik şüphesi olanlarda bebeği koruyucu önlemler alınmalıdır.		
00	02	03	03	00	Ç	Çalışanların radyasyondan korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.	20	
00	02	03	03	01	Ç	Radyasyon koruyucular kullanılmalı,		
00	02	03	03	01	Ç	o Farklı ebatlarda radyasyon koruyucular bulunmalıdır.		
00	02	03	03	02	Ç	Çalışanların dozimetre takipleri yapılmalıdır. Her çalışan için;		
00	02	03	03	02	Ç	o Her dozimetre takip dönemi sonundaki radyasyon dozu ölçülmeli,		
00	02	03	03	02	Ç	o Yıllık toplam radyasyon dozu ölçülmeli,		
00	02	03	03	02	Ç	o Radyasyon dozları dönemsel ve yıllık olarak yasal sınırlarla kıyaslanmalıdır.		

00	02	03	03	03	Ç	Çalışanların muayene ve tetkikleri yapılmalı,		
00	02	03	03	03	Ç	o Altı ayda bir kez hemogram,		
00	02	03	03	03	Ç	o Altı ayda bir kez periferik yayma,		
00	02	03	03	03	Ç	o Yılda bir kez dermatolojik muayene yapılmalıdır.		
00	02	03	04	00	G	Radyasyon koruyucularının kontrolüne yönelik düzenleme yapılmalıdır.	15	
00	02	03	04	01	G	Radyasyon koruyucularının etkinliği, en az 6 ayda bir ve hasar gördüğüne dair şüphe varlığında röntgen filmi veya skopi ile kontrol edilmelidir.		
00	02	03	04	02	G	Kontrol sonuçları radyoloji uzmanı tarafından onaylanmalıdır.		
00	01	01	24	00	Ç	Çalışanlar tarafından kişisel koruyucu ekipman kullanılmalıdır.	15	
00	01	01	24	01	Ç	Bölüm bazında kullanılması gereken kişisel koruyucu ekipman belirlenmelidir.		
00	01	01	24	02	Ç	Kişisel koruyucu ekipman çalışma alanlarında ulaşılabilir olmalıdır.		
00	01	01	24	03	Ç	Kişisel koruyucu ekipman kullanımı konusunda çalışanlara eğitim verilmelidir.		
00	01	01	11	00		Hastalara hizmet verilen alanlar iletişime açık bir şekilde düzenlenmelidir.	15	
00	01	01	11	01		Sonuç alma, kayıt, halkla ilişkiler hizmet noktalarında hasta ve çalışan arasında fiziksel bariyer (camekân, pencere, demir parmaklık, yükseklik) bulunmamalıdır.		
00	01	01	29	00	H	Tıbbi cihazların yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	15	
00	01	01	29	02	H	Tıbbi cihazların bölüm bazında envanteri bulunmalıdır.		
01	01	01	29	03	H	Tıbbi cihazların bakım, ayar ve kalibrasyonlarına yönelik plan bulunmalı,		
01	01	01	29	03	H	o Plan dahilinde cihazların bakım, ayar ve kalibrasyonları yapılmalıdır.		
00	01	01	29	04	H	Kalibrasyonu yapılan cihazların kalibrasyon etiketi bulunmalıdır. Etiketle;		
00	01	01	29	04	H	o Kalibrasyonu yapan firmanın adı,		
00	01	01	29	04	H	o Kalibrasyon tarihi,		
00	01	01	29	04	H	o Geçerlilik süresi,		

00	01	01	29	04	H	o Sertifika numarası bulunmalıdır.		
00	01	01	30	00		ADSM/ADSH'nin temizliğine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	15	
00	01	01	30	01		Bölüm bazında temizlik planı bulunmalıdır.		
00	01	01	30	02		Risk düzeylerine göre temizlik kuralları belirlenmelidir.		
00	01	01	30	03		Temizlik malzemeleri ve malzemelerin kullanımı ile ilgili kurallar belirlenmelidir.		
00	01	01	30	04		Tüm kapalı ve açık alanların temizlikleri kontrol edilmelidir.		
00	01	01	30	04		o Kontrol aralıkları,		
00	01	01	30	04		o Kontrol sorumluları belirlenmelidir.		
00	01	01	32	00		Kişisel temizlik alanlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	15	
00	01	01	32	01		Kişisel temizlik alanlarında kapıları dışarı doğru açılmalıdır.		
00	01	01	32	02		Kişisel temizlik alanlarının temizliği sağlanmalıdır.		
00	01	01	32	03		Kişisel temizlik alanlarında temizlik malzemeleri bulundurulmalı,		
00	01	01	32	03		o Sıvı sabun, kâğıt havlu, tuvalet kâğıdı ve poşetli çöp kutusu bulundurulmalıdır.		
00	01	01	32	04		Sıvı sabun kaplarının üstüne ekleme yapılmamalı,		
00	01	01	32	04		o Boşalan sabunluk yıkanıp iyice kurutulduktan sonra tekrar doldurulmalıdır.		
00	01	02	04	00	G	El hijyenini sağlamaya yönelik malzeme bulunmalıdır.	15	
00	01	02	04	01	G	Sağlık hizmeti sunulan alanlarda alkol bazlı el antiseptikleri bulunmalıdır.		
00	01	07	05	00		Atıkların kaynağında ayrıştırılmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	15	
00	01	07	05	01		Her bölüm için atıklar belirlenmelidir.		
00	01	07	05	02		Uygun atık kutuları kullanılmalıdır.		

AMELİYATHANE HİZMETLERİ

00	02					SAĞLIK HİZMETİ YÖNETİMİ		
00	02	04				AMELİYATHANE HİZMETLERİ	185	
00	02	04	01	00		Ameliyathane için düzenleme yapılmalıdır.	15	
00	02	04	01	01		Hasta ve personel girişi ayrı olmalıdır.		
00	02	04	01	02		Steril, yarı steril ve steril olmayan alanlar tanımlanmalı,		
00	02	04	01	02		o Tanımlanan alanın özelliğine uygun kurallar belirlenmelidir.		
00	02	04	01	03		Steril alan yüzeyleri pürüzsüz, yuvarlak köşeli, gözeneksiz, kolay temizlenebilir, dezenfekte edilebilir nitelikte ve derzsiz malzeme ile kaplanmış olmalıdır.		
00	02	04	01	04		Sterilizasyon şartlarını sağlayacak şekilde hepafiltre veya benzeri mikroorganizmaları süzebilen ve tutabilen havalandırma sistemi bulunmalıdır.		
00	02	04	02	00		Ameliyathane süreçlerinin işleyişine ilişkin yazılı düzenleme bulunmalıdır.	5	
00	02	04	02	01		Yazılı düzenleme;		
00	02	04	02	01		o Ameliyathaneye hasta ve çalışan giriş çıkışı ile ilgili uygulamaları,		
00	02	04	02	01		o Ameliyathanede hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili önlemleri,		
00	02	04	02	01		o Temizlik ve dezenfeksiyon kurallarına ilişkin uygulamaları,		
00	02	04	02	01		o Malzeme ve ilaç yönetimine ilişkin düzenlemeleri kapsamalıdır.		
00	02	04	03	00		Her bir ameliyathane odasının sıcaklık ve nem takibi yapılmalıdır.	10	
00	02	04	03	01		Oda sıcaklığı 20-23 °C olmalı,		
00	02	04	03	01		o Ameliyatın türüne ve ihtiyaca göre 18-26 °C arasında ayarlanabilmelidir.		
00	02	04	03	02		Bağıl nem minimum %30, maksimum %60 olmalıdır.		
00	02	04	04	00		Havalandırma sistemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	15	
00	02	04	04	01		Havalandırma sisteminin bakımı periyodik olarak yapılmalıdır.		

00	02	04	04	02		Basma hava debisi minimum 2.400 m3/h olmalıdır.		
00	02	04	04	03		Taze hava debisi minimum 1.200 m3/h olmalıdır.		
00	02	04	04	04		Ameliyathane odasındaki partikül sayısı tespitine dair periyodik ölçümler yapılmalıdır.		
00	02	04	05	00		Elektrik kesintisine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10	
00	02	04	05	01		Tüm cihazların bağlandığı prizler kesintisiz güç kaynaklarıyla beslenmelidir.		
00	02	04	05	02		Kesintisiz güç kaynaklarının periyodik olarak bakımı ve kontrolü yapılmalıdır.		
00	02	04	06	00	H	Güvenli cerrahiye yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.	20	
00	02	04	06	01	H	Tüm cerrahi işlemlerde, klinikte doğru bölge ve taraf işaretleme süreci hekim tarafından gerçekleştirilmeli ve işlem hastaya da doğrulattırılmalıdır.		
00	02	04	06	02	H	Cerrahi Güvenlik Kontrol Listesi; kontrol listesi koordinatörü tarafından anestezi verilmeden önce, ameliyat kesisinden önce ve hasta ameliyathaneden çıkmadan önce uygulanmalıdır.		
00	02	04	06	03	H	Cerrahi Güvenlik Kontrol Listesi hasta dosyasında saklanmalıdır.		
00	02	04	07	00		Hasta yakınları için bekleme alanları düzenlenmelidir.	10	
00	02	04	07	01		Bekleme alanlarında, oturma alanları bulunmalıdır.		
00	02	04	07	02		Bekleme alanları temiz olmalıdır.		
00	02	04	07	03		Bekleme alanlarında iklimlendirme sağlanmalıdır.		
00	02	04	07	04		Hasta yakınlarının bilgi alabilmelerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.		
00	01	01	09	00		İlaç ve kit muhafaza edilen buzdolaplarının sıcaklık takipleri yapılmalıdır.	10	
00	01	01	24	00	Ç	Çalışanlar tarafından kişisel koruyucu ekipman kullanılmalıdır.	15	
00	01	01	24	01	Ç	Bölüm bazında kullanılması gereken kişisel koruyucu ekipman belirlenmelidir.		
00	01	01	24	02	Ç	Kişisel koruyucu ekipman çalışma alanlarında ulaşılabilir olmalıdır.		
00	01	01	24	03	Ç	Kişisel koruyucu ekipman kullanımı konusunda çalışanlara eğitim verilmelidir.		
00	01	01	29	00	H	Tıbbi cihazların yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	15	

00	01	01	29	02	H	Tıbbi cihazların bölüm bazında envanteri bulunmalıdır.		
01	01	01	29	03	H	Tıbbi cihazların bakım, ayar ve kalibrasyonlarına yönelik plan bulunmalı,		
01	01	01	29	03	H	o Plan dahilinde cihazların bakım, ayar ve kalibrasyonları yapılmalıdır.		
00	01	01	29	04	H	Kalibrasyonu yapılan cihazların kalibrasyon etiketi bulunmalıdır. Etiketle;		
00	01	01	29	04	H	o Kalibrasyonu yapan firmanın adı,		
00	01	01	29	04	H	o Kalibrasyon tarihi,		
00	01	01	29	04	H	o Geçerlilik süresi,		
00	01	01	29	04	H	o Sertifika numarası bulunmalıdır.		
00	01	01	30	00		ADSM/ADSH'nin temizliğine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	15	
00	01	01	30	01		Bölüm bazında temizlik planı bulunmalıdır.		
00	01	01	30	02		Risk düzeylerine göre temizlik kuralları belirlenmelidir.		
00	01	01	30	03		Temizlik malzemeleri ve malzemelerin kullanımı ile ilgili kurallar belirlenmelidir.		
00	01	01	30	04		Tüm kapalı ve açık alanların temizlikleri kontrol edilmelidir.		
00	01	01	30	04		o Kontrol aralıkları,		
00	01	01	30	04		o Kontrol sorumluları belirlenmelidir.		
00	01	01	32	00		Kişisel temizlik alanlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	15	
00	01	01	32	01		Kişisel temizlik alanlarında kapıları dışarı doğru açılmalıdır.		
00	01	01	32	02		Kişisel temizlik alanlarının temizliği sağlanmalıdır.		
00	01	01	32	03		Kişisel temizlik alanlarında temizlik malzemeleri bulundurulmalı,		
00	01	01	32	03		o Sıvı sabun, kâğıt havlu, tuvalet kâğıdı ve poşetli çöp kutusu bulundurulmalıdır.		
00	01	01	32	04		Sıvı sabun kaplarının üstüne ekleme yapılmamalı,		
00	01	01	32	04		o Boşalan sabunluk yıkanıp iyice kurutulduktan sonra tekrar doldurulmalıdır.		

00	01	02	04	00	G	El hijyenini sağlamaya yönelik malzeme bulunmalıdır.	15	
00	01	02	04	01	G	Sağlık hizmeti sunulan alanlarda alkol bazlı el antiseptikleri bulunmalıdır.		
00	01	07	05	00		Atıkların kaynağında ayrıştırılmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	15	
00	01	07	05	01		Her bölüm için atıklar belirlenmelidir.		
00	01	07	05	02		Uygun atık kutuları kullanılmalıdır.		

STERİLİZASYON HİZMETLERİ

00	02					SAĞLIK HİZMETİ YÖNETİMİ		
00	02	05				STERİLİZASYON HİZMETLERİ	850	
00	02	05	01	00		Sterilizasyon ünitesine yönelik fiziki düzenleme yapılmalıdır.	10	
00	02	05	01	01		Sterilizasyon Ünitesi kirli, temiz ve steril alan olmak üzere üç alandan oluşmalıdır.		
00	02	05	01	02		Kirli, temiz ve steril alanlar arasındaki geçiş noktalarında el antiseptikleri bulunmalıdır.		
00	02	05	01	03		Tüm yüzeyler pürüzsüz, gözeneksiz, kolay temizlenebilir, dezenfekte edilebilir nitelikte olmalıdır.		
00	02	05	01	04		Sterilizasyon ünitesinde çalışan personel için giyinme ve dinlenme alanı bulunmalıdır.		
00	02	05	01	05		Sterilizasyon ünitesinin ortam sıcaklığı 18-22 °C ve nem oranı % 35-60 olmalıdır.		
00	02	05	01	06		Steril alanlarda bulunan raflar yerden 20-30 cm yukarıda, tavandan 15 cm aşağıda, hava sirkülasyonu için duvardan 5 cm önde olmalıdır.		
00	02	05	02	00		Sterilizasyon ünitesinin işleyişine yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır.	5	
00	02	05	02	01		Yazılı düzenleme;		
00	02	05	02	01		o Aletlerin;		
00	02	05	02	01		▪ Üniteye transferini,		
00	02	05	02	01		▪ Ön-temizlik ve dekontaminasyonunu,		
00	02	05	02	01		▪ Hazırlık ve bakım alanına taşınmasını,		

00	02	05	02	01	▪ Sayımı-bakımı ve kontrolünü,		
00	02	05	02	01	▪ Paketlenmesi, steril edilmesi ve depolanmasını,		
00	02	05	02	01	▪ Kullanım alanına transferine kadar sterilitenin korunmasını,		
00	02	05	02	01	o İndikatör kullanımını,		
00	02	05	02	01	o Cihazların günlük bakımını kapsamalıdır.		
00	02	05	03	00	Sterilizasyon ünitesine gelen kirli malzemeler için düzenleme yapılmalıdır.	10	
00	02	05	03	01	Kirli malzemeler, malzeme listesinden sayımı yapılarak sterilizasyon ünitesine kabul edilmelidir.		
00	02	05	03	02	Kirli malzemelerin ön temizliği ve dekontaminasyonu yapılmalıdır.		
00	02	05	03	03	Malzemeler, malzeme listesi ile temiz alana teslim edilmelidir.		
00	02	05	03	04	Malzemelerin paketlenmesi temiz alanda yapılmalı,		
00	02	05	03	04	o Cerrahi ve tekstil malzemeler ayrı alanlarda paketlenmelidir.		
00	02	05	04	00	Sterilizasyon işlemi indikatörler ile takip edilmelidir.	15	
00	02	05	04	01	İşleme girmiş ve girmemiş paketlerin birbirinden ayrılabilmesi için her paket üzerinde işlem indikatörü kullanılmalıdır.		
00	02	05	04	02	Her bir paket içine en az sınıf 4 kimyasal indikatör konulmalıdır.		
00	02	05	04	03	Biyolojik indikatör kullanılmalıdır.		
00	02	05	04	03	o Buharlı basınç sterilizasyonunda her otoklav için haftada en az bir kez,		
00	02	05	04	03	o Buharlı basınç sterilizasyonunda implant sterilizasyonu yapılacak olan her yükte,		
00	02	05	04	03	o Etilenoksit sterilizasyonunda her yükte,		
00	02	05	04	03	o Formaldehit sterilizasyonunda en az haftada bir kez,		
00	02	05	04	03	o Kuru ısı sterilizasyonunda haftada bir kez,		
00	02	05	04	03	o H2O2 sterilizasyonunda her gün ilk kullanımda,		

00	02	05	04	03		o Sterilizasyon cihazlarında bakım, onarım ve kalibrasyon yapıldıktan sonraki ilk çalıştırmada biyolojik indikatör kullanılmalıdır.		
00	02	05	05	00		Sterilizasyon cihazlarının kontrolüne yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10	
00	02	05	05	01		Cihazların;		
00	02	05	05	01		o Program döngüleri değerlendirilmeli,		
00	02	05	05	01		▪ Gerekğinde düzeltici ve önleyici faaliyet başlatılmalıdır.		
00	02	05	05	01		o Bakımı,		
00	02	05	05	01		o Kalibrasyonları yapılmalıdır.		
00	02	05	06	00		Basınçlı buhar otoklavlarının günlük bakımı ve kontrolleri yapılmalıdır.	10	
00	02	05	06	01		Basınçlı buhar otoklavları için vakum kaçak testi;		
00	02	05	06	01		o Vakum kaçağı 1milibar/dakikadan az ise haftada bir kez yapılmalı,		
00	02	05	06	01		o 1 milibar/dakikadan fazla ise her gün yapılmalı,		
00	02	05	06	01		o 1,3 milibar/dakika üzerinde ise cihazın çalışması durdurulmalıdır.		
00	02	05	06	02		Her gün cihaz boşken ve sterilizasyon işlemine başlamadan önce Bowie&Dick testi uygulanmalı,		
00	02	05	06	02		o Test kartının üzerine tarih ve sonuç (olumlu veya olumsuz) yazılmalı,		
00	02	05	06	02		o Program döngüsü ile birlikte kayıt altına alınmalıdır.		
00	02	05	07	00		Steril malzemelere yönelik bir düzenleme oluşturulmalıdır.	10	
00	02	05	07	01		Steril malzemeler steril alanda muhafaza edilmelidir.		
00	02	05	07	02		Steril malzemelerin üzerinde sterilizasyonun yapıldığı cihaz ve sterilizasyonu yapan çalışan için tanımlayıcı, sterilizasyon tarihi ve raf ömrü bulunmalıdır. Raf ömrü;		
00	02	05	07	02		o Polipropilen tyveck poşet ile paketlenen malzemeler için en fazla 1 yıl,		
00	02	05	07	02		o Sterilizasyon poşetleriyle paketlenen malzemeler için en fazla 6 ay,		
00	02	05	07	02		o Çift kat tekstil ile paketlenmiş malzemeler için en fazla 30 gün,		

00	02	05	07	02		o Çift kat wrap ile paketlenmiş malzemeler için en fazla 30 gündür.		
00	02	05	08	00		Kullanımdaki dezenfektan solüsyonlarının kontrolü yapılmalıdır.	10	
00	02	05	08	01		Dezenfektan solüsyonunun Minimal Efektif Konsantrasyonunun (MEK) kontrolü yapılmalı,		
00	02	05	08	01		o Kontrolün periyodu solüsyonun kullanım sıklığına göre ADSM/ADSH tarafından belirlenmeli,		
00	02	05	08	01		o MEK'in belirlenmesi amacıyla pH ölçerler kullanılmamalıdır.		
00	02	05	08	02		Dezenfektan solüsyonların üzerine ekleme yapılmamalıdır.		
00	02	05	09	00		Etilen oksite (ETO) yönelik güvenlik tedbirleri alınmalıdır.	15	
00	02	05	09	01		Etilen oksit sterilizatörünün klimatizasyonu bağımsız bir bacadan dışarı verilmelidir.		
00	02	05	09	02		Kartuşlar özel bir kapalı metal konteynırda saklanmalıdır.		
00	02	05	09	03		Gaz ölçümü yapabilen dedektörler bulunmalıdır.		
00	02	05	09	04		Gaz maskesi ve koruyucu giysi bulunmalıdır.		
00	02	05	09	05		ETO sterilizatörü ile steril edilen malzemeler kullanımdan önce havalandırılmalıdır.		
00	01	01	24	00	Ç	Çalışanlar tarafından kişisel koruyucu ekipman kullanılmalıdır.	15	
00	01	01	24	01	Ç	Bölüm bazında kullanılması gereken kişisel koruyucu ekipman belirlenmelidir.		
00	01	01	24	02	Ç	Kişisel koruyucu ekipman çalışma alanlarında ulaşılabilir olmalıdır.		
00	01	01	24	03	Ç	Kişisel koruyucu ekipman kullanımı konusunda çalışanlara eğitim verilmelidir.		
00	01	01	29	00	H	Tıbbi cihazların yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	15	
00	01	01	29	02	H	Tıbbi cihazların bölüm bazında envanteri bulunmalıdır.		
01	01	01	29	03	H	Tıbbi cihazların bakım, ayar ve kalibrasyonlarına yönelik plan bulunmalı,		
01	01	01	29	03	H	o Plan dahilinde cihazların bakım, ayar ve kalibrasyonları yapılmalıdır.		
00	01	01	29	04	H	Kalibrasyonu yapılan cihazların kalibrasyon etiketi bulunmalıdır. Etikette;		
00	01	01	29	04	H	o Kalibrasyonu yapan firmanın adı,		

00	01	01	29	04	H	o Kalibrasyon tarihi,		
00	01	01	29	04	H	o Geçerlilik süresi,		
00	01	01	29	04	H	o Sertifika numarası bulunmalıdır.		
00	01	01	30	00		ADSM/ADSH'nin temizliğine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	15	
00	01	01	30	01		Bölüm bazında temizlik planı bulunmalıdır.		
00	01	01	30	02		Risk düzeylerine göre temizlik kuralları belirlenmelidir.		
00	01	01	30	03		Temizlik malzemeleri ve malzemelerin kullanımı ile ilgili kurallar belirlenmelidir.		
00	01	01	30	04		Tüm kapalı ve açık alanların temizlikleri kontrol edilmelidir.		
00	01	01	30	04		o Kontrol aralıkları,		
00	01	01	30	04		o Kontrol sorumluları belirlenmelidir.		
00	01	01	32	00		Kişisel temizlik alanlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	15	
00	01	01	32	01		Kişisel temizlik alanlarında kapıları dışarı doğru açılmalıdır.		
00	01	01	32	02		Kişisel temizlik alanlarının temizliği sağlanmalıdır.		
00	01	01	32	03		Kişisel temizlik alanlarında temizlik malzemeleri bulundurulmalı,		
00	01	01	32	03		o Sıvı sabun, kâğıt havlu, tuvalet kâğıdı ve poşetli çöp kutusu bulundurulmalıdır.		
00	01	01	32	04		Sıvı sabun kaplarının üstüne ekleme yapılmamalı,		
00	01	01	32	04		o Boşalan sabunluk yıkanıp iyice kurutulduktan sonra tekrar doldurulmalıdır.		
00	01	07	05	00		Atıkların kaynağında ayrıştırılmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	15	
00	01	07	05	01		Her bölüm için atıklar belirlenmelidir.		
00	01	07	05	02		Uygun atık kutuları kullanılmalıdır.		

DESTEK HİZMETİ YÖNETİMİ

HASTA DOSYASI VE ARŞİV HİZMETLERİ

Revizyon	Dikey Boyut	Bölüm No	Standart No	Değerlendirme Ölçütü	Yatay Boyut	STANDARTLAR	Puan	Sonuç
00	03					DESTEK HİZMETİ YÖNETİMİ		
00	03	01				ARŞİV HİZMETLERİ	30	
00	03	01	01	01		Poliklinik hastalarına uygulanan riskli girişimsel işlemlere yönelik bilgilendirilmiş rıza formları arşivlenmelidir.	10	
00	03	01	02	00		Arşiv bölümünün işleyişine yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır.	5	
00	03	01	02	01		Yazılı düzenleme		
00	03	01	02	01		o Arşiv planı ve yetkilendirmeyi,		
00	03	01	02	01		o Dosyaların arşive teslimi, içeriğinin kontrolü ve kabulünü,		
00	03	01	02	01		o Kabul edilen dosyaların arşive yerleştirilmesini,		
00	03	01	02	01		o İlgililere dosyaların arşivden teslimi ve geri alınmasını,		
00	03	01	02	01		o Arşive yerleştirilen dosyaların korunması, saklanması ve imhası ile ilgili usul ve esasları,		
00	03	01	02	01		o Adli vaka dosyalarının yönetimini kapsamalıdır.		
00	03	01	03	00		Arşivde bulunan dosyalarının korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.	15	
00	03	01	03	01		Sıcaklık ve nem takibi yapılmalı,		
00	03	01	03	02		İklimlendirme yapılmalı,		

00	03	01	03	03		Mikroorganizmalara karşı yılda en az bir defa dezenfeksiyon işlemi yapılmalı,		
00	03	01	03	04		Haşarata karşı önlem alınmalı,		
00	03	01	03	05		Hırsızlığa karşı önlem alınmalı,		
00	03	01	03	06		Yangına karşı önlem alınmalı,		
00	03	01	03	07		Su baskınlarına karşı önlem alınmalıdır.		

MUTFAK HİZMETLERİ

00	03					DESTEK HİZMETLERİ YÖNETİMİ		
00	03	02				MUTFAK HİZMETLERİ	80	
00	03	02	01	00		Mutfak hizmetlerine yönelik fiziki düzenleme yapılmalıdır.	10	
00	03	02	01	01		Mutfakta yemek hazırlama ve bulaşık yıkama yerleri ayrı olmalıdır.		
00	03	02	01	02		Mutfak taban ve duvarları, yıkamaya ve dezenfeksiyona uygun olmalıdır.		
00	03	02	01	03		Soğuk hava depoları içeriden açılabilme özelliğine sahip olmalı veya içeriden dışarı haber verebilecek uyarı sistemi bulunmalıdır.		
00	03	02	01	04		Yemeklerin çalışanlara sıcak sunumu sağlanmalıdır.		
00	03	02	02	00		Yiyeceklerin güvenli depolanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10	
00	03	02	02	01		Yiyecek depolarında hemzemin yerleştirme yapılmamalıdır.		
00	03	02	02	02		Depoların sıcaklık ve nem ölçümleri yapılmalı,		
00	03	02	02	02		Yiyecek depolarının sıcaklık ve nem takipleri, içinde saklanan yiyeceklerin niteliklerine uygun olarak yapılmalıdır.		
00	03	02	02	03		Mutfak ve diğer yemek hizmeti sunum alanlarında yer alan buzdolaplarının sıcaklık ölçümleri yapılmalıdır.		
00	03	02	03	00		Yemeklerin güvenliğinin sağlanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	15	
00	03	02	03	01		Yiyeceklerin hazırlanmasında kullanılan makinelerin temizliği yapılmalıdır.		

00	03	02	03	02		Şahit numuneler alınmalı ve uygun koşullarda en az 72 saat saklanmalıdır.		
00	03	02	03	03		Çalışanlar; maske, eldiven ve bone gibi koruyucu ekipmanları kullanmalıdır.		
00	03	02	03	04		Mutfak personelinin 6 ayda bir sağlık taramaları yapılmalıdır.		
00	01	01	30	00		ADSM/ADSH'nin temizliğine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	15	
00	01	01	30	01		Bölüm bazında temizlik planı bulunmalıdır.		
00	01	01	30	02		Risk düzeylerine göre temizlik kuralları belirlenmelidir.		
00	01	01	30	03		Temizlik malzemeleri ve malzemelerin kullanımı ile ilgili kurallar belirlenmelidir.		
00	01	01	30	04		Tüm kapalı ve açık alanların temizlikleri kontrol edilmelidir.		
00	01	01	30	04		o Kontrol aralıkları,		
00	01	01	30	04		o Kontrol sorumluları belirlenmelidir.		
00	01	01	32	00		Kişisel temizlik alanlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	15	
00	01	01	32	01		Kişisel temizlik alanlarında kapıları dışarı doğru açılmalıdır.		
00	01	01	32	02		Kişisel temizlik alanlarının temizliği sağlanmalıdır.		
00	01	01	32	03		Kişisel temizlik alanlarında temizlik malzemeleri bulundurulmalı,		
00	01	01	32	03		o Sıvı sabun, kâğıt havlu, tuvalet kâğıdı ve poşetli çöp kutusu bulundurulmalıdır.		
00	01	01	32	04		Sıvı sabun kaplarının üstüne ekleme yapılmamalı,		
00	01	01	32	04		o Boşalan sabunluk yıkanıp iyice kurutulduktan sonra tekrar doldurulmalıdır.		
00	01	07	05	00		Atıkların kaynağında ayrıştırılmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	15	
00	01	07	05	01		Her bölüm için atıklar belirlenmelidir.		
00	01	07	05	02		Uygun atık kutuları kullanılmalıdır.		

ÇAMAŞIRHANE HİZMETLERİ

00	03					DESTEK HİZMETLERİ YÖNETİMİ		
00	03	03				ÇAMAŞIRHANE HİZMETLERİ	230	
00	03	03	01	00		Çamaşırhaneye yönelik fiziki düzenleme yapılmalıdır.	10	
00	03	03	01	01		Çamaşırhane taban ve duvarları yıkamaya ve dezenfeksiyona uygun olmalıdır.		
00	03	03	01	02		Çamaşırhanede kullanılan makinelerin bakımları yapılmalıdır.		
00	01	01	24	00	Ç	Çalışanlar tarafından kişisel koruyucu ekipman kullanılmalıdır.	15	
00	01	01	24	01	Ç	Bölüm bazında kullanılması gereken kişisel koruyucu ekipman belirlenmelidir.		
00	01	01	24	02	Ç	Kişisel koruyucu ekipman çalışma alanlarında ulaşılabilir olmalıdır.		
00	01	01	24	03	Ç	Kişisel koruyucu ekipman kullanımı konusunda çalışanlara eğitim verilmelidir.		
00	01	01	30	00		ADSM/ADSH'nin temizliğine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	15	
00	01	01	30	01		Bölüm bazında temizlik planı bulunmalıdır.		
00	01	01	30	02		Risk düzeylerine göre temizlik kuralları belirlenmelidir.		
00	01	01	30	03		Temizlik malzemeleri ve malzemelerin kullanımı ile ilgili kurallar belirlenmelidir.		
00	01	01	30	04		Tüm kapalı ve açık alanların temizlikleri kontrol edilmelidir.		
00	01	01	30	04		o Kontrol aralıkları,		
00	01	01	30	04		o Kontrol sorumluları belirlenmelidir.		
00	01	01	32	00		Kişisel temizlik alanlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	15	
00	01	01	32	01		Kişisel temizlik alanlarında kapıları dışarı doğru açılmalıdır.		
00	01	01	32	02		Kişisel temizlik alanlarının temizliği sağlanmalıdır.		
00	01	01	32	03		Kişisel temizlik alanlarında temizlik malzemeleri bulundurulmalı,		
00	01	01	32	03		o Sıvı sabun, kâğıt havlu, tuvalet kâğıdı ve poşetli çöp kutusu bulundurulmalıdır.		

00	01	01	32	04		Sıvı sabun kaplarının üstüne ekleme yapılmamalı,		
00	01	01	32	04		o Boşalan sabunluk yıkanıp iyice kurutulduktan sonra tekrar doldurulmalıdır.		
00	01	07	05	00		Atıkların kaynağında ayrıştırılmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	15	
00	01	07	05	01		Her bölüm için atıklar belirlenmelidir.		
00	01	07	05	02		Uygun atık kutuları kullanılmalıdır.		

İNDİKATÖRLER YÖNETİMİ

KALİTE İNDİKATÖRLERİ

Revizyon	Dikey Boyut	Bölüm No	Standart No	Değerlendirme Ölçütü	Yatay Boyut	STANDARTLAR	Puan	Sonuç
00	01					İNDİKATÖR YÖNETİMİ		
00	04	01				KALİTE İNDİKATÖRLERİ	80	
00	04	01	01	00	Ç	Kesici delici alet yaralanmalarının takibi yapılmalıdır.	20	
00	04	01	01	01	Ç	İndikatör kartı hazırlanmalıdır.		
00	04	01	01	02	Ç	İndikatör kartına göre takip yapılmalıdır.		
00	04	01	01	03	Ç	İndikatörle ilgili dönemsel analizler yapılmalıdır.		
00	04	01	01	04	Ç	Gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyet başlatılmalıdır.		
00	04	01	02	00	Ç	Kan ve vücut sıvılarının sıçramasına maruz kalan çalışanların takibi yapılmalıdır.	20	

00	04	01	02	01	Ç	İndikatör kartı hazırlanmalıdır.		
00	04	01	02	02	Ç	İndikatör kartına göre takip yapılmalıdır.		
00	04	01	02	03	Ç	İndikatörle ilgili dönemsel analizler yapılmalıdır.		
00	04	01	02	04	Ç	Gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyet başlatılmalıdır.		
00	04	01	03	00		Tedavi oranları takip edilmelidir.	20	
00	04	01	03	01		İndikatör kartı hazırlanmalıdır.		
00	04	01	03	02		İndikatör kartına göre takip yapılmalıdır.		
00	04	01	03	03		İndikatörle ilgili dönemsel analizler yapılmalıdır.		
00	04	01	03	04		Gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyet başlatılmalıdır.		
00	04	01	04	00		Fissur sealant uygulama oranı takip edilmelidir.	20	
00	04	01	04	01		İndikatör kartı hazırlanmalıdır.		
00	04	01	04	02		İndikatör kartına göre takip yapılmalıdır.		
00	04	01	04	03		İndikatörle ilgili dönemsel analizler yapılmalıdır.		
00	04	01	04	04		Gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyet başlatılmalıdır.		