

SORU SIRA NO	BÖLÜM	SORU KOD	ADSM/ADSH YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ
1	POLİKLİNİKLER	P.1	Sağlık tesisinde hastaların hizmet alanlarına erişimi için düzenleme yapılmış mı?
		P.1.1	Poliklinik bina ve kat girişlerinde Sağlık tesisinde yönlendirme levhaları bulunmalı ve yönlendirmeler işlevsel olmalıdır.
2	POLİKLİNİKLER	P.2	Hasta kayıt birimi, uygun düzenlenmiş mi?
		P.2.1	Hasta kayıt birimi kolaylıkla görülebilecek ve ulaşılabilir bir yerde bulunmalıdır.
		P.2.2	Hasta ile iletişimi sağlayacak biçimde düzenlenmelidir.
		P.2.3	Hasta kayıt görevlisi kurum hizmet süreçleri ve mevcut uygulamalar hakkında detaylı bilgiye sahip olmalıdır.
		P.2.4	Poliklinik muayenesi için kayıt işlemi yapılan hastanın hangi saat diliminde muayene olacağı belirlenerek hastaya bu hususta bilgi verilmelidir.
		P.2.5	Hasta kayıt görevlisi tarafından hastanın iletişim bilgilerinin güncelliği sağlanmalıdır.
3	POLİKLİNİKLER	P.3	Polikliniklerde karşılama ve yönlendirme hizmeti için düzenlemeler yapılmış mı?
		P.3.1	Karşılama ve yönlendirme hizmetlerinde yer alan görevli, diğer personelden ayırt edilebilecek kıyafet giymeli ve yaka kartı takmalıdır.
		P.3.2	Karşılama yönlendirme personeli sayısı, hastanenin büyüklüğüne göre planlanmalıdır.
		P.3.3	Karşılama yönlendirme personeli, poliklinik bina girişlerine hakim alanlarda bulunmalıdır.
4	POLİKLİNİKLER	P.4	Polikliniklerde bekleme salonlarında uygun düzenlemeler yapılmış mı?
		P.4.1	Yeterli havalandırmaya sahip olmalıdır.
		P.4.2	Yeterli aydınlatmaya sahip olmalıdır.

		P.4.3	Bekleme salonlarında hasta sayısına göre yeterli oturma grupları bulundurulmalıdır.
5	POLİKLİNİKLER	P.5	Poliklinik muayene odalarında uygun düzenlemeler yapılmış mı?
		P.5.1	Hasta ve sağlık personelinin çalışma alanlarında düşme riski belirlenmeli ve buna yönelik önlemler alınmalıdır.
		P.5.2	Muayene ve tedavi odaları yeterli havalandırmaya sahip olmalıdır.
		P.5.3	Muayene ve tedavi odaları yeterli aydınlatmaya sahip olmalıdır.
6	POLİKLİNİKLER	P.6	Poliklinik hizmetlerinde öncelik grubuna giren hastalara yönelik gerekli düzenlemeler yapılmış mı?
		P.6.1	Poliklinik hizmeti almak için hastaneye başvuran öncelikli hastalar grubu ilan edilmelidir.
		P.6.2	Hasta kayıt kabul birimi tarafından kayıt işlemleri öncelikli olarak gerçekleştirilmelidir.
		P.6.3	Yaşlı ve engelli vatandaşların öncelikli oturmalarını sağlayacak (ayrılmış oturma grupları veya önceliği belirten uyarı levhaları vb.) düzenlemeler olmalıdır.
7	POLİKLİNİKLER	P.7	Hekimlerin günlük ve aylık poliklinik çalışma listeleri bulunuyor mu?
		P.7.1	Günlük ve aylık hekim çalışma listeleri oluşturulmalıdır.
		P.7.2	Günlük ve aylık hekim çalışma listeleri hasta kabul/poliklinik sekreterliği, santral, danışma ve halkla ilişkiler gibi bilgilendirme birimlerinde bulunmalıdır.
8	POLİKLİNİKLER	P.8	Poliklinik muayene başlama ve bitiş saatleri belirlenerek hastaların görebileceği bir şekilde ilan edilmiş mi?
		P.8.1	Poliklinik muayene başlama ve bitiş saatleri web sayfasında ve poliklinik girişi ile hasta kayıt biriminde hastaların görebileceği bir şekilde ilan edilmelidir.
9	POLİKLİNİKLER	P.9	Muayene odası girişlerinde uygun düzenleme yapılmış mı?
		P.9.1	Muayene odalarının girişlerinde hekimlerin isimleri ve uzmanlık alanları yazılmalıdır.

		P.9.2	Her muayene odası girişinde, hastanın ismi veya sıra numarasını görebilmesi için, elektronik sistem kurulmalı ve çalışır durumda olmalıdır.
		P.9.3	MHRS ve öncelikli hasta grubunda yer alan hastaların öncelik nedenleri ekrana yansıtılmalıdır.
		P.9.4	İsminin açıklanmasını istemeyen hastalar için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.
10	POLİKLİNİKLER	P.10	Sağlık tesisinde görev yapan her diş hekimine ait bir diş üniti var mı?
		P.10.1	Aktif olarak poliklinik yapan her diş hekimine bir diş üniti tahsis edilmelidir.
		P.10.2	Her poliklinik odasında Diş hekimlerinin kullanımına tahsis edilen cihaz ve donanımlar yeterli sayıda olmalıdır.(kavitrone ve uçları,amalgamatör,işinli dolgu cihazı vb.)
11	POLİKLİNİKLER	P.11	Poliklinikte muayene ve tedavi alanlarında mahremiyete yönelik düzenlemeler yapılmış mı?
		P.11.1	Diş muayene ve tedavi alanlarında mahremiyete yönelik fiziki düzenleme yapılmalıdır.
		P.11.2	Diş hekimisi muayene veya tedavi sırasında ünitesine ikinci bir hastayı almamalıdır.
		P.11.3	Diş ünitesinde hasta varken,odada görevli personel dışında kimse (hasta yakını hariç) bulunmamalıdır.
12	POLİKLİNİKLER	P.12	Poliklinik süreçlerine ait tüm işlemler, Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) üzerinden yapılıyor mu?
		P.12.1	Poliklinikte muayene işlemleri (ağız şeması, teşhis ve planlama bilgileri, tetkik istemleri, panoramik ve periapikal röntgen görüntüleri, reçete, rapor, sistemik hastalık ikazı vb.) HBYS üzerinden oluşturulmalıdır.
		P.12.2	Hekimler devam eden MHRS işlem randevularını HBYS üzerinden verebilmelidir.
		P.12.3	Talep edilen konsültasyonların ve sonuçlarının HBYS üzerinde kaydedileceği bir alan bulunmalıdır.
		P.12.4	Hastanın anamnez bilgileri HBYS de kayıt edilmelidir.
13	POLİKLİNİKLER	P.13	Sağlık tesisinde, niteliklere uygun bebek bakımı ve emzirme odası var mı?

		P.13.1	Poliklinik alanında bebek bakımı ve emzirme odası olmalıdır.
		P.13.2	Mahremiyete yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
		P.13.3	Emzirmeyi özendirici, doğru emzirmeyi anlatan afiş ve broşürler olmalıdır.
		P.13.4	Lavabo, sabun, kâğıt havlu ve kolay temizlenebilir , hijyenik malzemeden hazırlanmış alt değiştirme alanı bulunmalıdır.
		P.13.5	Havalandırma ve aydınlatması yeterli seviyede olmalıdır.
14	POLİKLİNİKLER	P.14	MHRS 'den randevu alan hastaların, zamanında muayene olmaları için gerekli düzenlemeler yapılmış mı?
		P.14.1	MHRS'den randevu alan hastaların hasta kayıt işlemlerinin beklemeden yapılması için gerekli önlemler alınmalıdır.
		P.14.2	MHRS den randevu alan hastaların randevu saati ile muayene oldukları saat arasındaki süre ölçülerek 30 dakikayı geçen gecikmeler hekim bazlı analiz edilmeli (randevu saatinden önce ve sonra muayene edilen hastalar ayrılarak) sonuçları yönetim tarafından değerlendirilmeli ve gereken önlemler alınmalıdır.
15	POLİKLİNİKLER	P.15	Yapılan protezlerin ara safhaları,teslim süreleri (özellikle ölçüler) HBYS'ye zamanında ve eksiksiz kayıt ediliyor mu?
		P.15.1	Protez işlemlerinin ara safhaları HBYS'ye zamanında eksiksiz kayıt edilmelidir.
		P.15.2	Protezlerin teslim süreleri belirlenmelidir
		P.15.3	Protezlerin teslim süreleri konusunda hastalar bilgilendirilmelidir
16	POLİKLİNİKLER	P.16	Poliklinikte alınan protez ölçülerinin dezenfeksiyonu ile ilgili düzenleme var mı?
		P.16.1	Poliklinikte alınan protez ölçülerinin dezenfeksiyonu ile ilgili yazılı düzenleme olmalıdır.
		P.16.2	Poliklinikte alınan protez ölçülerinin dezenfeksiyonu, yazılı düzenlemeye uygun yapılmalıdır.
17	POLİKLİNİKLER	P.17	Poliklinikte alınan protez ölçülerinin transferi ile ilgili düzenleme var mı?

		P.17.1	Poliklinikte alınan protez ölçülerinin, laboratuvara transferini kimin yapacağı tanımlanmış olmalıdır. (Transfer hasta tarafından yapılmamalıdır).
		P.17.2	Ölçüler dezenfeksiyonu yapılmış halde ağız kapalı hastaya özel kap ya da kilitli poşetlerde yapılmalıdır.
		P.17.3	Ölçü kaplarının üzerinde hasta kimlik bilgilerinin olduğu etiketler bulunmalıdır.
		P.17.4	Transfer sağlık tesisi tarafından hazırlanan yazılı düzenlemeye uygun olarak yapılmalıdır.
18	POLİKLİNİKLER	P.18	Uygulanan tedavi süreçlerine ilişkin düzenlemeler yapılıyor mu?
		P.18.1	Konservatif tedavi, endodontik tedavi, protez randevu süreleri sağlık tesisi tarafından belirlenmelidir.
		P.18.2	Bu tedavilere ilişkin tüm randevular HBYS üzerinden verilmelidir.
		P.18.3	Sağlık tesisi tarafından belirlenen sürelere uyulmalıdır.
		P.18.4	Gecikme süreleri ile ilgili analiz yapılmalı ve yönetim tarafından değerlendirilerek kayıt altına alınmalıdır.
19	POLİKLİNİKLER	P.19	Polikliniklerde kullanılan ilaç ve sarf malzemelerin hasta uygulamasına ait düzenleme yapılmış mı?
		P.19.1	Kullanılacak lokal anestezipler, diğer ilaçlar ya da kimyasal maddeler hastaya özel hazırlanmalıdır.
		P.19.2	Kullanılacak lokal anestezipler, diğer ilaçlar ya da kimyasal maddelerin birbiri ile karışmaması için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır. (farklı renkte etiket yapıştırılmış enjektörler, enjektör uçları vb.) hazırlanmalıdır.
20	POLİKLİNİKLER	P.20	Hastalar tedavi öncesi diş hekimi tarafından uygulanacak tedavi konusunda bilgilendirilerek onayı alınıyor mu?

		P.20.1	Girişimsel işlem öncesi Diş hekimi tarafından onam formunda yer alan bilgiler hastaya veya kanuni temsilcisine aktarılmalıdır. Onam formu asgari olarak aşağıdaki bilgileri içermelidir: a) Tıbbi müdahalenin kim tarafından nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı ile tahmini süresi, b) Diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın sağlığı üzerindeki muhtemel etkileri, c) Muhtemel komplikasyonları, ç) Reddetme durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskleri, d) Kullanılacak ilaçların önemli özellikleri, e) Gerektiğinde aynı konuda tıbbî yardıma nasıl ulaşabileceği, f) Hastanın veya kanuni temsilcisinin adı, soyadı, kendi el yazısı ile yazılmış "okudum anladım" ifadesi ve imzası, g)Diş hekiminin adı, soyadı, ünvanı ve imzası, ğ)Onamın alındığı tarih ve saat.
		P.20.2	Onam formu iki nüsha olarak imza altına alınmalı ve bir nüshası sağlık tesisi tarafından arşivlenmeli, diğeri ise hastaya veya kanuni temsilcisine verilmelidir. Sağlık tesisinde kalan nüshasında, bir nüshanın hasta veya yakınına verildiğine dair imza olmalıdır.
21	POLİKLİNİKLER	P.21	Tedavi yapılan her hasta sonrası diş üniti ve kullanılan ekipmanlar çapraz kontaminasyonu önleyecek şekilde temizleniyor ve dezenfekte ediliyor mu?
		P.21.1	Diş ünitesinin dezenfeksiyonu sağlanmalıdır.
		P.21.2	Her hastadan sonra tedavide kullanılan ünit üzerindeki çıkarılabilen başlıklar (aeretör başlığı, anguldruva, kavatron vb.) sterilize edilmelidir.
		P.21.3	Hava-su sprey başlıkları steril edilmelidir.(Disposible başlıklarda kullanılabilir.)
22	POLİKLİNİKLER	P.22	Hastanın bilgilendirmesine yönelik düzenleme yapılıyor mu?
		P.22.1	Tedavi sonrası hastalara sözlü, görsel veya yazılı bilgilendirme yapılmalıdır.
23	POLİKLİNİKLER	P.23	Polikliniklerde tıbbi sarf malzeme yönetimi uygun olarak yapılıyor mu?
		P.23.1	Tıbbi sarf deposundan; Polikliniklere verilen tıbbi sarf malzemeler Taşınır Mal Yönetmeliğinde belirtilen miktarda TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme Deposundan Özellikli Birimlere Çıkış Talimatına" uygun hareket edilmelidir.
		P.23.2	Polikliniklerden medikal depoya iade edilen tıbbi sarf malzemeler TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İade Talimatına" uygun yapılmalıdır.

		P.23.3	Soğuk zincire tabi tıbbi sarf malzemesi listesi bulundurulmalı ve soğuk zincir bozulmayacak şekilde muhafaza edilmelidir. (Estetik dolgu setleri, Bondingler vb. üretici firma tarafından belirlenen sıcaklığa uyularak muhafaza edilmelidir)
		P.23.4	Hastalara tedavileri sırasında uygulanan tıbbi sarf malzemelerden kaynaklanan beklenmeyen etki ile karşılaşılması durumunda bildirim yapılacak materyovijilans sorumlusu bilinmelidir. Medikal malzemelerden kaynaklanan olumsuz olayların uyarı sistemine bildirim TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Olumsuz Olay Bildirim Talimatı" doğrultusunda yapılmalıdır.
24	POLİKLİNİKLER	P.24	Poliklinikte ilaç yönetimi uygun olarak yapılıyor mu?
		P.24.1	Benzer görünüşe, okunuşa ve yazılışa sahip ilaçlar ile aynı ilacın farklı dozlarının muhafazası TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Benzer Görünüşe, Okunuşa ve Yazılışa Sahip İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun olarak yapılmalıdır.
		P.24.2	Yüksek riskli ilaçların listesi bulunmalı, diğer ilaçlardan farklı bir alanda muhafaza edilmeli ve bu alan dikkat çekmek amacı ile kırmızı renkle belirginleştirilmelidir. Yüksek riskli ilaçlar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Yüksek Riskli İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun yönetilmelidir.
		P.24.3	İlaçların kırılması ve kaybolması durumunda yapılacaklar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaçların Kırılması ve Kaybolması Durumunda Yapılacaklar İle İlgili Talimat" doğrultusunda gerçekleştirilmelidir.
		P.24.4	Tüm ilaçların kullanılmayan yarım dozları (kısmi dozları) takip edilmelidir. Yarım kalması durumunda yapılacaklar ile ilgili TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Kısmi Doz İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun hareket edilmelidir.
		P.24.5	Hastalara ilaç uygulamalarında advers etki ile karşılaşılınca bildirim yapılacak farmokovijilans sorumlusu bilinmelidir. Advers etki bildirim TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Advers Etki Bildirimi Talimatına" uygun gerçekleştirilmelidir.
		P.24.6	Polikliniklerde bulunan ilaç miktarları ve miad kontrolleri yapılmalıdır. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Miktar ve Miad Kontrol Talimatına" uygun hareket edilmelidir.
		P.24.7	Işıktan korunması gereken ilaçlar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Işıktan Korunması Gereken İlaçlarla İlgili Talimat" doğrultusunda muhafaza edilmelidir.
25	DENTAL GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ	DG.1	Radyoloji ünitelerinde gerekli düzenlemeler yapılmış mı?
		DG.1.1	Hasta yoğunluğunun fazla olduğu sağlık tesisindeki görüntüleme ünitelerinin girişlerinde, HBYS ile entegre çalışan hastanın sırasını bildiren elektronik sistem düzenlenmeli ve işlevsel olmalıdır.
		DG.1.2	Radyoloji ünitelerinin girişlerinde radyasyon uyarı levhaları bulunmalıdır.

		DG.1.3	Tetkik odalarının havalandırılması aspiratör, vasistas tipi pencere veya merkezi havalandırma sistemi ile sağlanmalıdır.
		DG.1.4	Radyasyon yayan cihazların bulunduğu alanlarda, iyonize havanın dışarıya atılmasını sağlayan zemine yakın yerleştirilmiş aspirasyon sistemi bulunmalıdır.
		DG.1.5	Kumanda ünitesinin çekim odasının dışında olması durumunda, oda duvarına hastayı görebilecek şekilde kurşun eşdeğerli camı bulunan bir pencere açılmalı veya içeriği ve hastanın pozisyonunu gösterecek kamera sistemi olmalıdır.
		DG.1.6	Kumanda ünitesinin çekim odasının içinde olması durumunda, kumanda ünitesi hasta masasından en az 200 cm uzaklığa yerleştirilmeli ve önüne üzerinde kurşun eşdeğerli cam penceresi olan 'L' şeklinde ,en az 200 cm yüksekliğinde ve uzun kenarı 100 cm kısa kenarı 50 cm eninde bir paravan veya kurşun yalıtımlı duvar bulunmalıdır.
		DG.1.7	Dental görüntüleme ünitesinde bekleme alanları oluşturulmalıdır.
26	DENTAL GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ	DG.2	Radyoloji ünitelerinde çalışan ve hasta güvenliğine yönelik düzenlemeler yapılmış mı?
		DG.2.1	Radyoloji ünitesinde çalışan personel kişisel dozimetre taşınmalı ve ölçüm kayıtları kontrol edilmelidir.
		DG.2.2	Dozimetre ölçüm sonuçlarında uygunsuzluk tespit edilmesi durumunda ilgili personele tebliğ/tebellüğ edilmelidir.
		DG.2.3	Radyoloji ünitesinde çalışan personele 6 ayda bir kez hemogram, periferik yayma , yılda 1 kez de tiroid fonksiyon testleri, göz ve dermatolojik muayene yapılmalıdır.
		DG.2.4	Yapılan tetkikler ilgili uzmanlar tarafından değerlendirilip kayıt altına alınmalıdır.
		DG.2.5	Çalışan ve hasta güvenliğini sağlamak amacıyla kişisel koruyucu malzemeler(kurşun önlük,çocuk ve erişkin boylarında tiroid ve gonad koruyucu vb.) kullanılmalıdır.
		DG.2.6	Kişisel koruyucu ekipmanlar uygun şekilde muhafaza edilmelidir.,
		DG.2.7	Kişisel koruyucu ekipmanlar en az yılda bir defa ve gerektiğinde floroskopi, skopi veya röntgen filmi ile kontrol edilmeli ve sonuçları Radyoloji uzman hekimi tarafından değerlendirilmelidir.
		DG.2.8	Sağlık tesisinde bulunan bütün kişisel koruyucu ekipmanların (önlük, tiroid, gonad koruyucu) üzerinde tanımlama yapılmalı ve bu tanımlamaya uygun koruyucu ekipman listesi oluşturulmalıdır.
27	DENTAL GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ	DG.3	Sağlık tesisinde bulunan radyoloji ünitelerinin TAEK lisansı var mı?

		DG.3.1	Sağlık tesisinde bulunan radyasyon yayan cihazların (periapikal,panoramik, vg)TAEK lisansı güncel olmalıdır.
		DG.3.2	TAEK lisansı üzerinde bulunan radyasyon sorumlusu sağlık tesisinde görevli olmalıdır.
		DG.3.3	TAEK lisansında bulunan seri numarası ile cihaz seri numarası uyumlu olmalıdır.
		DG.3.4	Kablosuz taşınabilir periapikal röntgen cihazları özel durumlar dışında rutin kullanılmamalıdır.(evde sağlık birimi, ameliyathane, engelli hastalar vb.)
28	DİŞ PROTEZ LABORATUVARLARI	DPL.1	Protez laboratuvarı alt yapısı, çalışan güvenliği ve hizmet kalitesi açısından uygun şartlarda mı? (Protez Hizmetini dışarıdan alan sağlık tesislerinde DPL.1, DPL.2 ve DPL.6 değerlendirilecektir.)
		DPL.1.1	Protez hizmeti alan sağlık tesislerinde geçici kron, tamir vb. akril işlemleri yapılıyorsa akril gazlarının bertarafını sağlayan kabin, vakum sistemleri bulunmalı ve aktif olarak kullanılmalıdır.
		DPL.1.2	Tüm yüzeyler kolay temizlenebilir, yıkamaya dayanıklı nitelikte olmalıdır.
		DPL.1.3	Akril işlemi sırasında ortamda oluşan gazların bertarafına yönelik kabin veya vakum sistemi olmalı ve kontrolleri yapılarak kayıt altına alınmalıdır
		DPL.1.4	Vakum sistemi diş protez teknisyeninin inhalasyonunu engelleyecek seviyede yapılandırılmış olmalıdır.
		DPL.1.5	Emilen hava filtre edilerek direkt dış ortama atılmalıdır.
		DPL.1.6	Kişisel koruyucu ekipmanlar laboratuvarda bulunmalı ve kullanılmalıdır.(kimyasal maruziyeti engelleyecek iş güvenliği eldiveni, güvenlik gözlükleri, TS EN 149 standartına uygun endüstriyel toz maskeleri, vakumlu toz emicili çalışma masası)
29	DİŞ PROTEZ LABORATUVARLARI	DPL.2	Protez ölçülerinin laboratuvara kabul-yenileme kriterleri belirlenmiş mi?
		DPL.2.1	Protez ölçülerinin laboratuvara kabul - yenileme kriterleri belirlenmelidir.
		DPL.2.2	Yenilenecek ölçüler kayıt altına alınmalı ve analiz edilerek yönetim tarafından gereken düzenlemeler yapılmalıdır.
30	DİŞ PROTEZ LABORATUVARLARI	DPL.3	Protez Laboratuvarına (Hizmet alımı yapılan laboratuvarlar dahil) gelen ölçülerin bekletilmeden alçı dökülmesi için gereken önlemler alınıyor mu?

		DPL.3.1	Ölçü alımı ile model oluşturmak amacıyla alçı dökümü arasında geçecek azami süre sağlık tesisi tarafından belirlenmelidir.
		DPL.3.2	Ölçü alımı ile model oluşturmak amacıyla alçı dökümü arasında geçecek azami süreye uyum HBYS' de izlenebilmelidir.
		DPL.3.3	Ölçü alımı ile model oluşturmak amacıyla alçı dökümü arasında geçecek azami sürenin aşılması durumlarında yönetim tarafından gereken düzenlemeler yapılmalıdır.
31	DİŞ PROTEZ LABORATUVARLA RI	DPL.4	Sabit protez yapılan hastalarda geçici protez yapılıyor mu?.
		DPL.4.1	Sabit protez yapılan hastalarda geçici protez yapılmalıdır .
32	DİŞ PROTEZ LABORATUVARLA RI	DPL.5	Tekrarlanan protez sayısı analiz edilerek kayıt altına alınıyor mu?
		DPL.5.1	Tekrarlanan protez uygulamaları analiz edilmeli ve yenilme işlemlerini azaltmak için iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.
			SERVİS BÖLÜMÜNDEKİ SORULAR ADŞH'DE DEĞERLENDİRİLECEKTİR.
33	SERVİS	S.1	Yatışı yapılan her hastaya kimlik tanımlayıcı kullanılıyor mu?
		S.1.1	Yatışı yapılan her hastaya kimlik tanımlayıcı bileklik kullanılmalıdır.
		S.1.2	Kimlik tanımlayıcı ad soyad, protokol numarası ve doğum tarihi (gün/ay/yıl) içermeli okunaklı ve matbu şekilde düzenlenmiş olmalıdır.
		S.1.3	Tanı ve tedavi için yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanmalıdır.
34	SERVİS	S.2	Güvenli Cerrahi Kontrol listesinin "Klinikten Ayrılmadan Önce" bölümü eksiksiz dolduruluyor mu?
		S.2.1	Güvenli Cerrahi Kontrol listesinin "Klinikten Ayrılmadan Önce" bölümü eksiksiz doldurulmuş olmalıdır.
35	SERVİS	S.3	Hasta bakım ihtiyaçları göz önüne alınarak hemşire tarafından değerlendiriliyor mu?

		S.3.1	Hastanın tedavi sürecinde ve ihtiyacına yönelik genel bakımları yapılmalı ve hasta dosyasına kaydedilmelidir.
		S.3.2	Hastanın klinik durumuna göre ağrı değerlendirmesi yapılmalı ve hasta dosyasına kaydedilmelidir.
36	SERVİS	S.4	Hastaların düşme riskini azaltacak önlemler alınmış mı?
		S.4.1	Hastalar sağlık tesisinin belirlediği düşme risk değerlendirme ölçeği ile değerlendirilmelidir. Hastanın klinik durumuna göre düşme riski değerlendirmesi belirli aralıklarla tekrar edilmelidir.
		S.4.2	Hastanın transferi sırasında düşme riski gözönünde bulundurulmalı, gereken önlemler alınmalıdır.
		S.4.3	Hastaların düşme risk değerlendirmesi sonucuna göre kendisine ve refakatçisine düşme riski eğitimi verilmelidir.
		S.4.4	Hastane kaynaklı düşme riskini azaltacak önlemler alınmalıdır. -Zemin, merdiven basamakları vb. yerler kaymaya neden olmayacak şekilde düzenlenmeli, ıslak ve kaygan zeminlerde uyarı levhaları konulmalı, -Sedye, tekerlekli yatak ve sandalyelerin, hasta ve çalışanlara çarpmayacak şekilde, frenleri kilitli olmalı, -Hasta yatakları, sedyeler ve diğer hasta taşıma araçlarında düşmelere engel olacak şekilde korkuluk, kemer vb. kullanılmalı, -Hasta odasında kullanılmayan malzemeler bulunmamalı, -Telefon, çağrı zili ve diğer ulaşması gereken malzemeler hastanın uzanmadan alabileceği mesafede olmalı, -Yeterli aydınlatma sağlanmalıdır
37	SERVİS	S.5	Hasta ve hasta yakınlarına hekim tarafından hastalığı hakkında bilgilendirme yapılıyor mu?
		S.5.1	Hasta ve hasta yakınlarına hekim tarafından hastalığı hakkında bilgilendirme yapılmalıdır.
		S.5.2	Hasta ve hasta yakınlarına tedaviyi reddetme veya sonlandırma hakları, kararlarının doğurabileceği sonuçlar ve sorumluluklar hakkında bilgilendirilme yapılmalı ve yapılan bilgilendirmeler kayıt altına alınmalıdır.
38	SERVİS	S.6	Hastanın hekim tarafından yapılan tıbbi değerlendirmeleri, günlük takip ve tedavileri kayıt altına alınıyor mu?
		S.6.1	Servise yatışı yapılan hastalara hekim tarafından 24 saat içinde değerlendirme (anamnez, fizik muayene) yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.
		S.6.2	Hastanın tıbbi değerlendirmeleri ve günlük takipleri kayıt altına alınmalıdır.

		S.6.3	Her hastaya günlük olarak, hekimin adı soyadı, tarihi, imzası, ilaç ismi, ilaçların kullanım şekli, veriliş süresi, dozu, hızı, hastanın yatış yapılmadan önce kullandığı ve kullanmaya devam edeceği ilaçlar ve bakım planını içeren order verilmelidir.
39	SERVİS	S.7	Hasta mahremiyetini sağlamak üzere gerekli düzenlemeler yapılmış mı?
		S.7.1	Hastayı hazırlama işlemleri esnasında (hastaya ameliyat öncesi önlük giydirme, bone takma) ve transferi sırasında mahremiyet esaslarına dikkat edilmelidir.
		S.7.3	Birden fazla hastanın bulunduğu odalarda hasta mahremiyetini sağlayacak düzenlemeler (perde, paravan vb.) bulunmalıdır.
		S.7.4	Hasta dosyalarına yetkisiz kişilerin erişiminin engellenmesi için gerekli önlemler alınmalıdır.
40	SERVİS	S.8	Acil müdahale seti kullanıma hazır durumda bulunuyor mu?
		S.8.1	Acil müdahale seti kolay ulaşılabilecek konumda olmalıdır.
		S.8.2	Acil müdahale seti içindeki tıbbi cihazların kontrolleri yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.
		S.8.3	Acil müdahale setinde bulunması gereken ilaçların ve sarf malzemelerin kontrol listesi hazırlanmalı, miktar ve miad kontrolleri yapılarak kayıt altına alınmalıdır.
41	SERVİS	S.9	Hareket kısıtlama kararı alınan hastalarda tedavi planında uygulama başlangıç ve sonlandırma zamanı, takip aralıkları belirtilmiş mi?(Gözlem esnasında hareket kısıtlaması uygulanmış hasta görülemediğinde, personelin konu hakkında bilgi sahibi olup olmadığı değerlendirilmelidir.)
		S.9.1	Hareket kısıtlamasında kullanılan ekipman mevcut olmalıdır.
		S.9.2	Hareket kısıtlama kararı alınan hastalarda tedavi planında uygulama, başlangıç ve sonlandırma zamanı ile takip aralıkları belirtilmelidir.
		S.9.3	Kısıtlılığın devamı ile ilgili karar en geç 24 saatte bir tekrar gözden geçirilmelidir.(Günübirlik operasyonlarda değerlendirilmeyecektir.)
42	SERVİS	S.10	Eczaneden servise gelen ilaçlar, tedavi odasında her hasta için ayrı olarak muhafaza ediliyor mu?
		S.10.1	Eczaneden hasta bazlı çıkışı yapılan ilaçlar, servislerde de hasta bazlı olarak muhafaza edilmelidir.
		S.10.2	İlaçlar kullanımı esnasında hastaya özel, hastanın kimlik tanımlayıcı bilgilerini içeren kapalı kaplarda verilmelidir.

43	SERVİS	S.11	İlaçların uygulanma zamanı, dozu, uygulama şekli ve uygulayan personelin ismi kayıt altına alınıyor mu?
		S11.1	İlaçların uygulanma zamanı, dozu, uygulama şekli ve uygulayan personelin ismi kayıt altına alınmış olmalıdır.
		S11.2	İ.V. olarak ilaç/ serum infüzyonu uygulanıyorsa, verilen ilacın adı, dozu, infüzyon başlangıç saati, veriliş süresi, hasta ve mayiyi hazırlayanın adı mayi üzerinde belirtilmelidir. (etiket vb.)
44	SERVİS	S.12	Hasta odaları uygun fiziki düzenlemelere sahip mi?
		S.12.1	Her yatağın başında tıbbi gaz sistemine bağlı hasta başı paneli bulunmalıdır.
		S.12.2	Refakatçılar dinlenmesi için pozisyon verilebilen koltuk, kanepeler vb. bulunmalıdır.
		S.12.3	Yatak başı bağlantılı hemşire çağrı sistemi bulunmalı ve işlevsel olmalıdır.
		S.12.4	Hastaların kullandığı tüm banyo ve tuvaletlerde (ortak kullanılan banyo ve tuvaletler dahil) hemşire çağrı sistemi bulunmalıdır.
		S.12.5	İki ve daha fazla yatak bulunan odalarda ,gerektiğinde kullanılmak üzere, yatakların uygun şekilde (paravan vb) separatör ile ayrılabilmesi için düzenleme yapılmalıdır.
45	SERVİS	S.13	Serviste görev yapan personele ait giyinme ve dinlenme odaları mevcut mu?
		S.13.1	Serviste görev yapan personele ait giyinme ve dinlenme odaları bulunmalıdır.
		S.13.2	Dinlenme odalarında asgari olarak; el yıkama lavabosu, buzdolabı, oturma alanları (sandalye, koltuk, sehpa vb.), televizyon, telefon, kişiye özel eşya dolabı ve mahremiyete uygun giyinme alanları oluşturulmalıdır.
46	SERVİS	S.14	Servise yatan hastalara hemşire tarafından bilgilendirme yapılıyor ve gerekli eğitimler veriliyor mu?

		S.14.1	Hastanın servise kabulünde hasta/hasta yakını aşağıdaki konularda bilgilendirilmelidir: Hastaya; odası, yatak başı hemşire çağrı sistemi ve yatak kullanımı, Kahvaltı ve yemek saatleri, Hasta ve yakınının uyması gereken kuralları, Ziyaret saatleri ve kuralları, Telefon kullanımı, Tuvalet-banyo kullanımı, Tuvalet-banyo hemşire çağrı sistemi kullanımı Hekimin vizit saatleri
		S.14.2	Yatan hastalara tedavi sürecinde aşağıdaki konularda eğitim verilmelidir: * Kullanacağı ilaçlar, * Düşme riski, * Tıbbi cihazların kullanımı, * Beslenme, egzersizler, * El hijyeni * Sigara kullanan hastalara sigarayı bırakma tavsiye eğitimi vb.
		S.14.3	Hasta ve yakınlarına genel sağlık ve taburculuk sonrası bakım hakkında bilgi verilmelidir: * İlaç uygulamaları; ilaçların isimleri, kullanım saatleri ve sıklığı, ilaçların özellikli kullanımlarına yönelik açıklamalar (yemekten önce, sonra vb.)ve olası yan etkileri, *Diyet ve beslenme biçimi, * Egzersiz ve aktiviteler, *Muhtemel komplikasyonlar, özel uyarılar, *Kişisel bakım ve temizlik, yara bakımı(pansumanı), * Kontrol tarihi, yeri, acil durumlarda başvurabileceği telefon vb...
		S.14.4	Hasta dosyasında eğitimlerin kayıtları olmalıdır.
47	SERVİS	S.15	Servislerde tıbbi sarf malzeme yönetimi uygun olarak yapılıyor mu?
		S.15.1	Tıbbi sarf deposundan; Servise verilen tıbbi sarf malzemeler Taşınır Mal Yönetmeliğinde belirtilen miktarda olmalıdır. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme Deposundan Özellikli Birimlere Çıkış Talimatına" uygun hareket edilmelidir.
		S.15.2	Servislerden medikal depoya iade edilen tıbbi sarf malzemeler TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İade Talimatına" uygun yapılmalıdır.
		S.15.3	Soğuk zincire tabi tıbbi sarf malzemesi listesi bulundurulmalı ve soğuk zincir bozulmayacak şekilde muhafaza edilmelidir.

		S.15.4	Hastalara tedavileri sırasında uygulanan tıbbi sarf malzemelerden kaynaklanan beklenmeyen etki ile karşılaşılması durumunda bildirim yapılacak materyovijilans sorumlusu bilinmelidir. Medikal malzemelerden kaynaklanan olumsuz olayların uyarı sistemine bildirim TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Olumsuz Olay Bildirim Talimatı" doğrultusunda yapılmalıdır.
48	SERVİS	S.16	Bilgilendirilmiş onam formları her girişimsel işlem için ayrı olarak düzenlenmiş mi?
		S.16.1	Girişimsel işlemlerde, bilgilendirmeyi yapan ve işlemi gerçekleştirecek dış hekimi tarafından onam formunda yer alan bilgiler hastaya veya kanuni temsilcisine aktarılmalıdır. Onam formu asgari olarak aşağıdaki bilgileri içermelidir: a) Hastalığın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği, b) Tıbbi müdahalenin kim tarafından nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı ile tahmini süresi, c) Diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın sağlığı üzerindeki muhtemel etkileri, ç) Muhtemel komplikasyonları, d) Reddetme durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskleri, e) Kullanılacak ilaçların önemli özellikleri, f) Sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri, g) Gerektiğinde aynı konuda tıbbî yardıma nasıl ulaşabileceği, h) Hastanın veya kanuni temsilcisinin adı, soyadı, kendi el yazısı ile yazılmış "okudum anladım" ifadesi ve imzası, ı) Bilgilendirmeyi yapan ve girişimsel işlemi gerçekleştirenin adı, soyadı, ünvanı ve imzası, i) Onamın alındığı tarih ve saat.
		S.16.2	Onam formu iki nüsha olarak imza altına alınmalı ve bir nüshası hasta dosyasına konulmalı, diğeri ise hastaya veya kanuni temsilcisine verilmelidir. Sağlık tesisinde kalan nüshasında, bir nüshanın hasta veya yakınına verildiğine dair imza olmalıdır.
49	SERVİS	S.17	Epikriz eksiksiz dolduruluyor mu?
		S.17.1	Epikrizde; 1- Yatış sebebi, tanılar ve eşlik eden hastalıklar, 2-Önemli fiziksel ve diğer bulgular, 3-Uygulanan diagnostik ve iyileştirici işlemler, 4-Taburcu sonrası kullanacağı ilaçlar, 5-Taburcu edilme esnasındaki sağlık durumu, 6-Hastanın taburculuğu sonrası bakımına yönelik bilgilendirme /planlama, 7-Sağlık tesisinin iletişim bilgileri bulunmalıdır.
		S.17.2	Tabucu olan hastanın dosyasında, epikrizin hastaya verildiğine dair hasta veya yakınının imzası bulunmalıdır.

50	SERVİS	S.18	Serviste ilaç yönetimi uygun olarak yapılıyor mu?
		S.18.1	Benzer görünüşe, okunuşa ve yazılışa sahip ilaçlar ile aynı ilacın farklı dozlarının muhafazası TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Benzer Görünüşe, Okunuşa ve Yazılışa Sahip İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun olarak yapılmalıdır.
		S.18.2	Yüksek riskli ilaçların listesi bulunmalı, diğer ilaçlardan farklı bir alanda muhafaza edilmeli ve bu alan dikkat çekmek amacı ile kırmızı renkle belirlenmelidir. Yüksek riskli ilaçlar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Yüksek Riskli İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun yönetilmelidir.
		S.18.3	Narkotik (Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçlara erişim kısıtlanarak uygun şekilde saklanmalıdır. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Narkotik ve Psikotrop İlaçların Yönetimi talimatına" uygun şekilde Narkotik ve Psikotrop İlaçların Hastane İçerisinde Kullanımı, Saklama, İadesi ve İmhası gerçekleştirilmelidir.
		S.18.4	Narkotik (Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçların devir teslim tutanakları kayıt altına alınmalıdır. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Narkotik ve Psikotrop İlaçların Yönetimi talimatına" uygun şekilde Narkotik ve Psikotrop İlaçların Hastane İçerisinde Kullanımı, Saklama, İadesi ve İmhası gerçekleştirilmelidir.
		S.18.5	İlaçların kırılması ve kaybolması durumunda yapılacaklar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaçların Kırılması ve Kaybolması Durumunda Yapılacaklar İle İlgili Talimat" doğrultusunda gerçekleştirilmelidir.
		S.18.6	Tüm ilaçların kullanılmayan yarım dozları (kısmi dozları) takip edilmelidir. Yarım kalması durumunda yapılacaklar ile ilgili TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Kısmi Doz İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun hareket edilmelidir.
		S.18.7	Hastalara ilaç uygulamalarında advers etki ile karşılaşılnca bildirim yapılacak farmakovijilans sorumlusu bilinmelidir. Advers etki bildirimini TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Advers Etki Bildirimi Talimatına" uygun gerçekleştirilmelidir.
		S.18.8	Soğuk zincire tabi ilaçların listesi bulundurulmalı; TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Soğuk zincir ilaçların muhafazası ve transferi "Soğuk Zincir İlaçlarının Yönetim Talimatı" uygun gerçekleştirilmelidir.
		S.18.9	İlaç geçimsizlikleri ile ilgili TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç Geçimsizliği Talimatına" uygun hareket edilmelidir.
		S.18.10	Hastanın hastaneye yatış esnasında beraberinde getirdiği ilaçlar hastadan teslim alınırken listesi çıkarılmalı, hastanın kullanmakta olduğu ilaç HBYS'ye bilgi amaçlı girilmelidir.
		S.18.11	HBYS üzerinden, servislerden istemi yapılan hasta tabelalarındaki ilaçlar; hasta taburcu olduğunda, ex olduğunda, başka kuruma sevk edildiğinde veya lüzum halindekiler kullanılmadığı zaman 24 saat içinde ilgili birim sorumlusu tarafından hasta bazlı olarak, ilaç iade formu doldurularak eczaneye iade edilmelidir. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İade Talimatına" uygun hareket edilmelidir.

		S.18.12	Servislerde bulunan ilaç miktarları ile HBYS üzerinde görülen servis ilaç miktarları ve miad kontrolleri uyumlu olmalıdır. Servis sorumlu hemşiresi tarafından rutin olarak miad ve miktar kontrolleri yapılmalı ve eczacıya bilgi verilmelidir. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Miktar ve Miad Kontrol Talimatına" uygun hareket edilmelidir.
		S.18.13	Işıktan korunması gereken ilaçlar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Işıktan Korunması Gereken İlaçlarla İlgili Talimat" doğrultusunda muhafaza edilmelidir.
51	SERVİS	S.19	Hasta yatışları başka bir işleme mahal bırakmadan poliklinikten yapılıyor mu?
		S.19.1	Hasta yatışları başka bir işleme mahal bırakmadan poliklinikten yapılabilmelidir
52	SERVİS	S.20	Hasta ziyaret zamanları belirlenmiş mi?
		S.20.1	Hasta ziyaret zamanları belirlenmeli, belirlenen zamanlar hasta ve yakınlarının görebileceği yerlerde ilan edilmelidir.
53	SERVİS	S.21	Hasta dosyasında belirlenen dosyalama planına uyuluyor mu?
		S.21.1	Yataklı servislerde hasta dosyaları dosyalama planına uygun şekilde düzenlenmelidir.
		S.21.2	Dosya muhteviyatını gösteren kontrol çizelgesi dosya kapağında ve içeriğiyle uyumlu olmalıdır.
			AMELİYATHANE BÖLÜMÜNDEKİ SORULAR ADŞH'DE DEĞERLENDİRİLECEKTİR.
54	AMELİYATHANE	A.1	Ameliyathane giriş/çıkış koşulları uygun şekilde düzenlenmiş mi?
		A.1.1	Personel ve hasta giriş/çıkışı ayrı olarak düzenlenmelidir.
		A.1.2	Personel girişinin genel kullanım alanları ile doğrudan bağlantısı engellenerek kontrollü geçişi sağlanmalıdır.
		A.1.3	Ameliyathane geçiş alanlarında sedye değişimi yapılmalıdır.
		A.1.4	Lokal ameliyathane için gelen hastalar da, transfer ve ameliyathane giriş/çıkış kurallarına uymalıdır.
		A.1.5	Hastanın ameliyathaneye geliş ve gidişi sağlık personeli eşliğinde olmalıdır.

		A.1.6	Lokal anestezi alacak hasta da dâhil olmak üzere hastalar ameliyathaneye uygun kıyafet ile gelmelidir.
55	AMELİYATHANE	A.2	Hasta yakınları için bekleme ve bilgilendirme koşulları sağlanmış mı?
		A.2.1	Hasta yakınının bekleme alanı/odasında hastalarıyla ilgili bilgi alabilmelerini sağlayacak düzenlemeler (görevlendirilmiş personel veya bilgilendirme ekranı) bulunmalıdır.
		A.2.2	Bilgilendirme hasta mahremiyeti dikkate alınarak yapılmalıdır.
56	AMELİYATHANE	A.3	Steril olmayan alan, yarı steril alan ve steril alanlar tanımlanmış mı?
		A.3.1	Steril olmayan alan, yarı steril alan ve steril alanlar tanımlanmış olmalıdır. Bu alanların görsel ve fiziksel olarak (bariyer) ayrımı yapılmalıdır.
		A.3.2	Steril olmayan alandan yarı steril alana geçerken terlik/galoş ve uygun kıyafet giyilmelidir.
		A.3.3	Steril alana geçişte, terlik değiştirilmeli, bone ve maske takılmalıdır.
57	AMELİYATHANE	A.4	Güvenli Cerrahi Kontrol listesinin ameliyathanede yapılması gereken bölümleri eksiksiz uygulanıyor mu?
		A.4.1	Güvenli cerrahi kontrol listesi ameliyatın safhasına göre doldurulmuş olmalıdır. (Mental retardasyon olan hastalarda anestezi verilmeden önceki kısımda ameliyat bölgesi değerlendirilmeyecektir.)
58	AMELİYATHANE	A.5	Ameliyathanede uygun fiziksel koşullar oluşturulmuş mu?
		A.5.1	Ameliyathanenin steril alan yüzeyleri pürüzsüz, gözeneksiz, kolay temizlenebilir, dezenfekte edilebilir nitelikte, derzsiz(silikon esashılar hariç) malzeme ile kaplanmış olmalıdır.
		A.5.2	Alt yapı ve donanımı oluşturulmuş uyandırma odası olmalıdır.
		A.5.3	Uyandırma odasında hasta mahremiyetine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
		A.5.4	Ameliyathane personelinin dinlenme odaları steril alan dışında bulunmalıdır.
		A.5.5	Steril alanda, yarı-steril alandan geçiş dışında dışarı açılan hiçbir kapı, pencere vb. unsur bulunmamalıdır.

59	AMELİYATHANE	A.6	Anesteziye ait formlar uygun şekilde dolduruluyor mu?
		A.6.1	Hasta ameliyat öncesi anestezi uzmanı tarafından muayene edilmeli ve anestezi değerlendirme formu doldurulmalıdır.
		A.6.2	Anestezi güvenlik kontrol listesi doldurulmalıdır.
		A.6.3	Anestezi uygulaması sırasında, hastanın fizyolojik durumu izlenerek, izlem sonuçları anestezi kayıt formuna yazılmalıdır.
		A.6.4	Ameliyat öncesi anestezi uzmanı tarafından onam formunda yer alan bilgiler hastaya veya kanuni temsilcisine aktarılmalıdır. Onam formu asgari olarak aşağıdaki bilgileri içermelidir: a) Tıbbi müdahalenin kim tarafından nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı ile tahmini süresi, b) Diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın sağlığı üzerindeki muhtemel etkileri, c) Muhtemel komplikasyonları, ç) Reddetme durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskleri, d) Kullanılacak ilaçların önemli özellikleri, e) Gerektiğinde aynı konuda tıbbî yardıma nasıl ulaşabileceği, f) Hastanın veya kanuni temsilcisinin adı, soyadı, kendi el yazısı ile yazılmış "okudum anladım" ifadesi ve imzası, g) Anestezi uzmanının adı, soyadı, ünvanı ve imzası, ğ) Onamın alındığı tarih ve saat.
		A.6.5	Onam formu iki nüsha olarak imza altına alınmalı ve bir nüshası hasta dosyasına konulmalı, diğeri ise hastaya veya kanuni temsilcisine verilmelidir. Sağlık tesisinde kalan nüshasında, bir nüshanın hasta veya yakınına verildiğine dair imza olmalıdır.
60	AMELİYATHANE	A.7	Cerrahi hekim tarafından hasta ameliyathaneden çıkmadan önce ameliyat notu ve postoperatif order yazılıyor mu?
		A.7.1	Post operatif bakım ve tedavi planı hasta ameliyattan çıktıktan sonra ve ilgili birime nakledilmeden önce ilgili cerrah tarafından yazılmalı; tarih ve saat belirtilmelidir.
		A.7.2	Post operatif ameliyat notu hasta ameliyattan çıktıktan sonra ve ilgili birime nakledilmeden önce ilgili cerrah tarafından yazılmalı; tarih ve saat belirtilmelidir.
61	AMELİYATHANE	A.8	Ameliyathanede ilaç yönetimi uygun olarak yapılıyor mu?
		A.8.1	Benzer görünüşe, okunuşa ve yazılışa sahip ilaçlar ile aynı ilacın farklı dozlarının muhafazası TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Benzer Görünüşe, Okunuşa ve Yazılışa Sahip İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun olarak yapılmalıdır.

		A.8.2	Yüksek riskli ilaçların listesi bulunmalı, diğer ilaçlardan farklı bir alanda muhafaza edilmeli ve bu alan dikkat çekmek amacı ile kırmızı renkle belirginleştirilmelidir. Yüksek riskli ilaçlar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Yüksek Riskli İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun yönetilmelidir.
		A.8.3	Narkotik(Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçlara erişim kısıtlanarak uygun şekilde saklanmalıdır. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Narkotik ve Psikotrop İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun şekilde Narkotik ve Psikotrop İlaçların Hastane İçerisinde Kullanımı, Saklama, İadesi ve İmhası gerçekleştirilmelidir.
		A.8.4	Narkotik(Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçların devir teslim tutanakları kayıt altına alınmalıdır. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Narkotik ve Psikotrop İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun şekilde Narkotik ve Psikotrop İlaçların Hastane İçerisinde Kullanımı, Saklama, İadesi ve İmhası gerçekleştirilmelidir.
		A.8.5	İlaçların kırılması ve kaybolması durumunda yapılacaklar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaçların Kırılması ve Kaybolması Durumunda Yapılacaklar İle İlgili Talimat" doğrultusunda gerçekleştirilmelidir.
		A.8.6	Tüm ilaçların kullanılmayan yarım dozları (kısmi dozları) takip edilmelidir. Yarım kalması durumunda yapılacaklar ile ilgili TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Kısmi Doz İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun hareket edilmelidir.
		A.8.7	Hastalara ilaç uygulamalarında advers etki ile karşılaşılınca bildirim yapılacak farmokovijilans sorumlusu bilinmelidir. Advers etki bildirimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Advers Etki Bildirimi Talimatı"na uygun gerçekleştirilmelidir.
		A.8.8	Soğuk zincire tabi ilaçların listesi bulundurulmalı; Soğuk zincir ilaçların muhafazası ve transferi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Soğuk Zincir İlaçlarının Yönetim Talimatı" uygun gerçekleştirilmelidir.
		A.8.9	İlaç geçimsizlikleri ile ilgili TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç Geçimsizliği Talimatına" uygun hareket edilmelidir.
		A.8.10	İlaç deposundan; ameliyathaneye verilen ilaç ve farmakolojik ürünler en fazla Taşınır Mal Yönetmeliğinde belirtilen miktarda olmalıdır. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme Deposundan Özellikli Birimlere Çıkış Talimatına" uygun hareket edilmelidir.
		A.8.11	İlaçların; ameliyathanede bulunan ve HBYS üzerinde görülen miad ve miktarları uyumlu olmalıdır. İlgili sorumlular tarafından rutin olarak miad ve miktar kontrolleri yapılmalı ve eczacıya bilgi verilmelidir. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Miktar ve Miad Kontrol Talimatına" uygun hareket edilmelidir.
		A.8.12	Ameliyathaneden eczaneye iade edilen ilaçlar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İade Talimatına" uygun yapılmalıdır.
		A.8.13	Işıktan korunması gereken ilaçlar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Işıktan Korunması Gereken İlaçlarla İlgili Talimat" doğrultusunda muhafaza edilmelidir.

62	AMELİYATHANE	A.9	Ameliyathanede tıbbi sarf malzeme yönetimi uygun olarak yapılıyor mu?
		A.9.1	Tıbbi sarf deposundan; ameliyathaneye verilen tıbbi sarf malzemeler en fazla Taşınır Mal Yönetmeliğinde belirtilen miktarda olmalıdır. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme Deposundan Özellikli Birimlere Çıkış Talimatına" uygun hareket edilmelidir.
		A.9.2	Ameliyathaneden medikal depoya iade edilen tıbbi sarf malzemeler TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İade Talimatına" uygun yapılmalıdır.
		A.9.3	Soğuk zincire tabi tıbbi sarf malzemesi listesi bulundurulmalı ve soğuk zincir bozulmayacak şekilde muhafaza edilmelidir.
		A.9.4	Hastalara tedavileri sırasında uygulanan tıbbi sarf malzemelerden kaynaklanan beklenmeyen etki ile karşılaşılması durumunda bildirim yapılacak materyovijilans sorumlusu bilinmelidir. Medikal malzemelerden kaynaklanan olumsuz olayların uyarı sistemine bildirimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Olumsuz Olay Bildirim Talimatı" doğrultusunda yapılmalıdır.
63	AMELİYATHANE	A.10	Dezenfektan solüsyonların son kullanma tarihleri ve etkinlikleri kontrol ediliyor mu?
		A.10.1	Hazırlanan dezenfektan solüsyonlarının son kullanma tarihleri bulunmalıdır.
		A.10.2	Yüksek düzey dezenfektan solüsyonların etkinlikleri etkinlik indikatörleri ile kontrol edilmelidir.
64	AMELİYATHANE	A.11	Ameliyathaneden patoloji laboratuvarına materyallerin transferi ile ilgili düzenleme mevcut mu?
		A.11.1	Ameliyathaneden patoloji laboratuvarına materyallerin transferi ile ilgili yazılı düzenleme oluşturulmalıdır.
		A.11.2	Biyopsi ve doku materyali kapalı saklama kapları ve uygun solüsyon içinde taşınmalıdır.Saklama kabı üzerinde hasta bilgilerini içeren barkod bulunmalıdır.
65	STERİLİZASYON	ST.1	Sterilizasyon hizmetleri uygun fiziki koşullarda yapılıyor mu? (Merkezi Sterilizasyon Ünitelerinde değerlendirilecektir.)
		ST.1.1	Malzeme akış yönü kirli alandan temiz alana, temiz alandan steril alana doğru ve tek yönlü olmalı, kirli, temiz, steril depolama ve destek alanlar olmak üzere şekillendirilmelidir.
		ST.1.2	Kirli alanda malzemelerin ön temizliği ve dekontaminasyonu yapılmalıdır.
		ST.1.3	Malzemelerin paketlenmesi temiz alanda yapılmalıdır.

		ST.1.4	Cerrahi aletler ve tekstil malzemelerinin paketlemeleri ayrı yapılmalıdır.
		ST.1.5	Kirli ve steril malzeme giriş çıkışı ayrı alanlardan yapılmalıdır.
		ST.1.6	Tüm yüzeyler pürüzsüz, gözeneksiz, kolay temizlenebilir, yıkamaya dayanıklı ve dezenfekte edilebilir nitelikte olmalıdır.
66	STERİLİZASYON	ST.2	Steril edilen malzemeler uygun şekilde depolanıyor mu? (Sterilizasyon hizmeti sağlık tesisi dışında yapılıyorsa bile steril malzeme deposu bulunmalı ve uygun şekilde depolanmalıdır.)
		ST.2.1	Depo alanı toz, nem, insekt ve yüksek sıcaklık ve rutubete karşı iyi havalandırılabilen özelliklerde olmalıdır.
		ST.2.2	Steril malzemeler raflarda; zeminden 30 cm yukarda, tavandan 50 cm aşağıda, duvardan 5 cm önde depolanmalıdır.
		ST.2.3	Depolanan steril malzemeler "ilk giren ilk çıkar" prensibi ile kullanılmalıdır.
		ST.2.4	Steril malzemeler üzerinde sterilizasyon tarihi, sterilizasyonu yapan cihaz, hangi döngüde yapıldığı, son kullanma tarihi ile ilgili bilgiler olmalıdır.
		ST.2.5	Sıcaklık ve nem değerleri günlük çizelgelerle takip edilmelidir. Steril depolama alanında sıcaklık 22 derece, nem %60'ı aşmamalıdır.
67	STERİLİZASYON	ST.3	Sterilizasyon işlemi indikatörler ile kontrol edilerek kayıt altına alınıyor mu? (Merkezi Sterilizasyon Ünitelerinde değerlendirilecektir.)
		ST.3.1	İşleme girmiş ve girmemiş bohçaların birbirinden ayrılabilmesi için her bohça üzerinde maruziyet bantları olmalıdır.
		ST.3.2	Bowie&Dick testi her gün bir kez işlemlere başlamadan önce yapılmalıdır.Sonucu kayıt altına alınmalıdır.
		ST.3.3	Vakum kaçak Testi 1 mbar/dak ın altında olduğunda en az haftada bir kez, 1 - 1,3 mbar/dak arasında olduğunda hergün yapılmalı ve sonuçları kayıt altına alınmalıdır. .
		ST.3.4	Biyolojik indikatörler en az haftada bir kez, vücuda implante edilecek cihazların sterilizasyon işleminde ise her yükte kullanılmalıdır.Sonuçları kayıt altına alınmalıdır.
		ST.3.5	Her pakette kimyasal indikatörler kullanılmalıdır.
		ST.3.6	Kullanıcılar tarafından malzemelerin sterilizasyonu ile ilgili uygunsuzluklar kayıt altına alınarak sterilizasyon ünitesine bildirilmelidir. Sterilizasyon ünitesi tarafından analizleri yapılarak gereken önlemler alınmalı ve kayıtları tutulmalıdır.

68	STERİLİZASYON	ST.4	Sterilizasyon hizmeti sağlık tesisi dışında hizmet alımı veya protokol ile başka bir ünite de yapılıyorsa; Sterilizasyon hizmetlerinin ADSM/ADSH içinde yapılan aşamaları için uygun şartlar sağlanmış mı? (Sağlık tesisi dışından hizmet alımı yapan sağlık tesislerinde değerlendirilecektir).
		ST.4.1	Kirli aletler ayrı bir alanda toplanmalıdır.
		ST.4.2	Kirli alanda malzemelerin ön temizliği ve dekontaminasyonu yapılmalıdır.(ADSM/ADSH içinde bu işlem yapılmıyorsa muaftır.)
		ST.4.3	Steril malzemeler depoya teslim edilmelidir.
		ST.4.4	Sterilizasyon işlemlerine ait Bowie&Dick, Vakum Kaçak Testi ve Biyolojik test sonuçları sağlık tesisine teslim edilmelidir.
		ST.4.5	Her pakette kimyasal indikatörler kullanılmalıdır.
		ST.4.6	Sağlık tesisi tarafından yılda 2 kez sterilizasyon hizmetlerinin yapıldığı ünite yerinde değerlendirilerek, sterilizasyon hizmetlerinin uygunluğu kayıt altına alınmalıdır.
69	STERİLİZASYON	ST.5	Paketlenmiş steril malzemelerin sterilizasyon ünitesinden kullanım anına kadar geçen süreçte sterilizasyonun bozulmaması için gereken önlemler alınıyor mu?
		ST.5.1	Tüm malzemeler kapalı taşıma kaplar ve/veya araçlarda taşınmalıdır. Taşıma araçları günlük temizlenmelidir.
		ST.5.2	Kirli ve steril malzemeler ayrı kaplarda ve/veya araçlarda taşınmalıdır.
70	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.1	Genel sekreterlik tarafından sağlık tesisinin yerinde değerlendirme soru listesine göre değerlendirmesi yapılmış mı?
		GD.1.1	Genel Sekreterlik tarafından, sağlık tesisi yerinde değerlendirme soru listesine göre yılda bir kez değerlendirilmelidir.
		GD.1.2	Değerlendirme sağlık tesisi yerinde değerlendirme soru listesinin ilgili tüm bölümlerini kapsamalıdır.
71	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.2	Sağlık Tesisinin genelinde temizlik kurallarına uyuluyor mu?
		GD.2.1	Genel ve bölüm bazında temizlik kuralları belirlenmelidir.
		GD.2.2	Sağlık tesisi genelinde temizlik kurallarına uyulmalıdır.

		GD.2.3	Sağlık tesisinde yer alan tuvalet ve banyoların temizlikleri yapılarak kayıt altına alınmalıdır.
		GD.2.4	Sağlık tesisinde en az yılda bir kez haşerata karşı ilaçlama işlemi yapılmalıdır.
72	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.3	Sağlık hizmeti sunulan alanlarda el hijyeni sağlamaya yönelik düzenlemeler bulunuyor mu?
		GD.3.1	El hijyeni sağlamaya yönelik lavabo, el antiseptiği, sabun, kâğıt havlu bulunmalıdır. (Kliniklerdeki musluklar ve el kurutma makineleri tercihen fotoselli olmalıdır.)
		GD.3.2	Elle teması gerektirmeyecek şekilde kapaklı çöp kovası kullanılmalıdır.
73	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.4	Kurum çalışanlarının kimlik kartı var mı?
		GD.4.1	Sağlık tesisi çalışanları kimlik kartı takmalıdır
74	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.5	Çalışan sağlığına yönelik düzenlemeler yapılmış mı?
		GD.5.1	Bölüm bazında risk değerlendirmesi yapılmalı, güncel olmalı ve kayıtları bulunmalıdır.
		GD.5.2	Bölüm bazında belirlenen risklere yönelik ve uzman hekimlerin görüşleri doğrultusunda tüm personele sağlık tarama programı hazırlanmalı ve uygulanmalıdır.Sağlık tarama sonuçları hekim tarafından onaylanmalıdır. Bu veriler bilgi güvenliği gözetilerek muhafaza edilmelidir.
75	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.6	İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili çalışmalar yapılıyor mu? (İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetmeliği yürürlüğe girdikten sonra değerlendirilecektir.)
		GD.6.1	İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili çalışmalarda bulunmak üzere iş sağlığı ve güvenliği kurulu oluşturulmalı, kurul üyelerinin mevzuata uygun görevlendirmeleri olmalıdır.
		GD.6.2	İş sağlığı ve güvenliği kurulu her ay toplanmalı ve toplantı kayıtları olmalıdır.
		GD.6.3	Çalışanlara mevzuata uygun iş sağlığı ve güvenliğini ilgilendiren yılda en az onaltı saat olmak üzere eğitimler verilmeli ve eğitimlerin kayıtları olmalıdır.
		GD.6.4	İş yeri sağlık ve güvenlik birimi (İş yeri sağlık ve güvenlik biriminde iş yeri hekimi, iş güvenliği uzmanı (tehlike sınıfına göre) ve diğer sağlık personeli) olmalıdır.
		GD.6.5	Çalışma ortamının ve çalışanların sağlık ve güvenliğini sağlama, sürdürme ve geliştirme amacı ile iş sağlığı ve güvenliği yönünden en geç iki yılda bir risk değerlendirmesi yapılmış olmalıdır.

76	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.7	Sağlık hizmeti sunulan alanlarda gerekli kişisel koruyucu malzemeler mevcut mu?
		GD.7.1	Sağlık hizmeti sunulan alanlarda gerekli ve yeterli kişisel koruyucu malzemeler olmalıdır. (Eldiven, yüz-göz koruyucu maske, gözlük,önlük vb.)
77	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.8	Nöbetlerde güvenlik hizmeti veriliyor mu?
		GD.8.1	Güvenlik hizmeti sağlık tesisi girişine hâkim,uygun alanda konumlandırılmalıdır.
		GD.8.2	Nöbet süresince güvenlik hizmeti verilmelidir.
		GD.8.3	Kamera sistemi hasta ve personel mahremiyeti gözönüne alınarak hastanın muayene ve tedavi edildiği alanların dışındaki tüm alanları kapsamalıdır.
78	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.9	Nöbetçi eczaneleri gösteren güncel liste için sağlık tesisi girişinde ilan alanı ayrılmış mı?
		GD.9.1	Nöbetçi eczane uygulama saati başladıktan sonra, günlük nöbetçi eczane bilgilerinin bulunduğu pano (elektronik veya manuel) kolaylıkla görülebilecek bir yerde olmalıdır.
79	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.10	Hasta bilgilerinin mahremiyeti ve gizliliğinin korunması ile ilgili düzenlemeler mevcut mu?
		GD.10.1	Hastanın vermiş olduğu tıbbi öykü ve diğer konuşmaların hastanın izni olmayan kişiler tarafından duyulması engellenmelidir.
		GD.10.2	Sağlık tesisinde HBYS üzerinde, hasta bilgilerine ilgisiz ve yetkisiz kişilerin erişimini engelleyecek düzenlemeler ile bilgisayar kullanıcılarının hangi alanlara ulaşabileceğine dair yetki tanımlaması yapılmalı ve uygulanmalıdır.
80	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.11	Çalışan memnuniyeti konusunda iyileştirici faaliyetlerde bulunulmuş mu?
		GD.11.1	Çalışanların memnuniyetleri ölçülmeli, sonuçları yönetim tarafından değerlendirilmeli sorunlar ve çözümlerle ilgili rapor oluşturulmalıdır.
		GD.11.2	Memnuniyet anketleri analizlerine göre gerekli görülen düzenlemeler yapılmalıdır.
81	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.12	Kesici delici alet yaralanmaları ve kan vücut sıvıları ile temaslar bildiriliyor mu?
		GD.12.1	Kesici delici alet yaralanmaları ve kan vücut sıvıları ile temaslar bildirilmeli, gereken önlemler alınmalı ve kayıtları tutulmalıdır.

		GD.12.2	Kesici delici alet yaralanmasına maruz kalan personelin takipleri yapılmalıdır.
82	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.13	Verimlilik Gözlemcileri tarafından yerinde değerlendirme yapılan bölümlerin sorumluları belirlenmiş ve ilgili kişilerce tebliğ/tebellüğ edilmiş mi?
		GD.13.1	Radyoloji ve tanısal görüntüleme hizmetlerinin uygulanmasına ve yönetimine yönelik sorumlu hekim tanımlanmalıdır.
		GD.13.2	Radyoloji sorumlu teknisyeni tanımlanmalıdır.
		GD.13.3	Diş protez laboratuvarının sorumlusu hekimi tanımlanmalıdır.
		GD.13.4	Diş protez laboratuvarları için sorumlu teknisyen tanımlanmalıdır.
		GD.13.5	Servis sorumlu hemşireleri tanımlanmalıdır.
		GD.13.6	Ameliyathane sorumlu hekimi tanımlanmalıdır.
		GD.13.7	Ameliyathane sorumlu hemşiresi tanımlanmalıdır.
		GD.13.8	Anestezi sorumlu teknisyeni/teknikeri tanımlanmalıdır.
		GD.13.9	Sterilizasyon ünitesi sorumlu hekimi tanımlanmalıdır.
		GD.13.10	Sterilizasyon ünitesi sorumlu hemşiresi tanımlanmalıdır.
		GD.13.11	Sorumlu eczacı tanımlanmalıdır.(Eczacı bulunmayan sağlık tesisinde sağlık personeli görevlendirilmelidir.)
		GD.13.12	Arşiv sorumlusu tanımlanmalıdır.
83	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.14	Nöbet hizmetleri ile ilgili gerekli düzenlemeler yapılmış mı?
		GD.14.1	Nöbet hizmeti verimlilik karne kriterlerindeki hekim sayısına uygun verilmelidir.(Aktif hekim sayısı 20 ve daha fazla ise tam zamanlı ,az ise 24:00 kadar nöbet tutulması,4-9 (4 ve 9 dahil)olduğunda icap nöbeti tutulur.

		GD.14.2	Nöbet hizmeti verimlilik karne kriterlerindeki hemşire sayısına uygun verilmelidir.(Aktif hemşire sayısı 6 ve daha fazla olduğunda nöbet tutulur.)
84	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.15	Evde sağlık hizmetleri ile ilgili gerekli düzenlemeler yapılmış mı?
		GD.15.1	Sağlık tesisinde evde sağlık hizmetleri biriminin Valilik onay belgesi olmalıdır.
		GD.15.2	Evde sağlık birimi oluşturulmalıdır ve sorumlu hekim belirlenmelidir.
		GD.15.3	Evde sağlık ekibine yönetmeliğe uygun bir araç tahsis edilmelidir.
		GD.15.4	Evde sağlık aracı yeterli mobil donanımına sahip olmalıdır.
		GD.15.5	Evde Sağlık Hizmetlerinde görevli personel hizmet sunumu sırasında standartları kurum tarafından belirlenen özel kıyafeti giymelidir.
85	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.16	Mavi kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmış mı?
		GD.16.1	Uyarı sistemi oluşturulmalıdır.
		GD.16.2	Mavi kod yönetimine ait sorumlular belirlenmelidir.
		GD.16.3	Uygulamalarda kullanılmak üzere acil müdahale setinde bulunması gereken ilaç ve malzeme ve tıbbi cihaz listesi oluşturulmalı ve kontrolleri yapılmalıdır.
86	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.17	Atık yönetimi kapsamında kaynağında ayrıştırma işlemi uygun yapılıyor mu?
		GD.17.1	Sağlık tesisinden kaynaklanan atıklar; Evsel Atıklar (Genel Atıklar, Ambalaj Atıkları), Tıbbi Atıklar (Enfeksiyöz, Patolojik, Kesici-Delici), Tehlikeli Atıklar, Radyoaktif Atıklar olmak üzere kaynağında ayrıştırarak ayrı toplanmalıdır.
		GD.17.2	Tıbbi atıkların toplanmasında; yırtılmaya, delinmeye, patlamaya ve taşımaya dayanıklı; orijinal orta yoğunluklu polietilen hammaddeden sızdırmaz, çift taban dikişli ve körüksüz olarak üretilen, çift kat kalınlığı 100 mikron olan, en az 10 kilogram kaldırma kapasiteli, üzerinde görülebilecek büyüklükte ve her iki yüzünde “Uluslararası Biyotehlike” amblemi ile “DİKKAT! TIBBİ ATIK” ibaresini taşıyan kırmızı renkli plastik torbalar kullanılmalıdır.

		GD.17.3	Kesici ve delici özelliği olan atıklar diğer tıbbi atıklardan ayrı olarak delinmeye, yırtılmaya, kırılmaya ve patlamaya dayanıklı, su geçirmez ve sızdırmaz, açılması ve karıştırılması mümkün olmayan, üzerinde “Uluslararası Biyotehlike” amblemi ile “DİKKAT! KESİCİ ve DELİCİ TIBBİ ATIK” ibaresi taşıyan plastik veya aynı özelliklere sahip lamine kartondan yapılmış kutu veya konteynerler içinde toplanmalıdır.
		GD.17.4	Tıbbi atık torbaları en fazla ¾ oranında doldurulmalı, ağızları sıkıca bağlanmalı ve gerekli görüldüğü hallerde her bir torba yine aynı özelliklere sahip diğer bir torbaya konularak kesin sızdırmazlık sağlanmalıdır. Tıbbi atık torbalarının içeriği hiçbir suretle sıkıştırılmamalı, torbasından çıkarılmamalı, boşaltılmamalı ve başka bir kaba aktarılmamalıdır.
		GD.17.5	Kesici-Delici atık kapları en fazla ¾ oranında doldurulmalı, ağızları kapatılıp ve kırmızı plastik torbalara konulmalıdır. Kesici-delici atık kapları dolduktan sonra kesinlikle sıkıştırılmamalı, açılmamalı, boşaltılmamalı ve geri kazanılmamalıdır.
87	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.18	Tıbbi atıkların ünite içinde taşınma işlemi uygun yapılıyor mu?
		GD.18.1	Tıbbi atık torbaları ünite içinde tekerlekli, kapaklı, paslanmaz metal, plastik veya benzeri malzemeden yapılmış, yükleme-boşaltma esnasında torbaların hasarlanmasına veya delinmesine yol açabilecek keskin kenarları olmayan, yüklenmesi, boşaltılması, temizlenmesi ve dezenfeksiyonu kolay ve sadece bu iş için ayrılmış araçlar ile toplanmalı ve taşınmalıdır. Tıbbi atıkların ünite içinde taşınmasında kullanılan araçlar turuncu renkli olmalı ve üzerlerinde “Uluslararası Biyotehlike” amblemi ile “Dikkat! Tıbbi Atık” ibaresi bulunmalıdır.
		GD.18.2	Tıbbi atık torbaları ağızları sıkıca bağlanmış olarak ve sıkıştırılmadan atık taşıma araçlarına yüklenmeli, toplama ve taşıma işlemi sırasında el veya vücut ile temastan kaçınılmalıdır. Atık torbaları asla elde taşınmamalıdır. Taşıma işlemi sırasında atık bacaları ve yürüyen şeritleri kullanılmamalıdır.
		GD.18.3	Tıbbi atıklar ile evsel nitelikli atıklar aynı araca yüklenerek birlikte taşınmazlar. Atık taşıma araçları her gün düzenli olarak temizlenmeli ve dezenfekte edilmelidir. Ayrıca araçların içinde herhangi bir torbanın patlaması veya dökülmesi durumunda atıklar güvenli olarak boşaltılmalı ve taşıma aracı ivedilikle dezenfekte edilmelidir.
		GD.18.4	Temizlik ekipmanları, koruyucu giysiler, atık torbaları ve taşıma araçları geçici atık deposuna yakın bir yerde bulundurulmalıdır.
		GD.18.5	Ünite içinde uygulanan toplama programı ve atık taşıma araçlarının izleyeceği güzergah, hastaların tedavi olduğu yerler ile diğer temiz alanlardan, insan ve hasta trafiğinin yoğun olduğu bölgelerden mümkün olduğunca uzak olacak şekilde belirlenmelidir.
		GD.18.6	Tıbbi atıkların yönetimi ile ilgili personele ait özel giysiler ve koruyucu ekipman (Tıbbi atık taşıma eldiveni, koruyucu gözlük, maske, çizme ve yedeği olan özel koruyucu turuncu renkli elbise) bulundurulmalı ve temiz olmalıdır
		GD.18.7	Tıbbi atık taşıma personeline tıbbi atık yönetimi ile ilgili eğitim verilmeli ve verilen eğitimin kayıtları olmalıdır
88	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.19	Evsel ve Tıbbi atık yönetimi kapsamında geçici depolama işlemi uygun yapılıyor mu?(Geçici depolama işlemi depolarda yapılan sağlık tesislerinde değerlendirilecektir).

		GD.19.1	Geçici atık deposu iki bölmeli kapalı bir mekan olarak inşa edilmeli, birinci bölmede tıbbi atıklar, ikinci bölmede ise evsel nitelikli atıklar depolanmalıdır.
		GD.19.2	Evsel ve tıbbi atık depolarının tabanı ve duvarları sağlam, geçirimsiz, mikroorganizma ve kir tutmayan, temizlenmesi ve dezenfeksiyonu kolay bir malzeme ile kaplanmalıdır.
		GD.19.3	Evsel atık deposunun yeterli bir aydınlatma ve pasif havalandırma sistemi bulunmalı ve sıcak bölgelerde depo özel olarak soğutulmalıdır.
		GD.19.4	Evsel ve tıbbi atık depo kapıları dışarıya doğru açılmalı veya sürgülü yapılmalıdır.
		GD.19.5	Evsel ve tıbbi atık depo kapıları kullanımları dışında daima kapalı ve kilitli tutulmalıdır.
		GD.19.6	Tıbbi atıkların konulduğu bölmenin kapısı turuncu renge boyanmalı ve üzerinde görülebilecek şekilde ve siyah renkli “Uluslararası Biyotehlike” amblemi ile siyah harfler ile yazılmış “Dikkat! Tıbbi Atık” ibaresi bulunmalıdır
		GD.19.7	Tıbbi atıkların konulduğu bölmenin, temizliği ve dezenfeksiyonu kuru olarak yapılmalıdır. Bölme atıkların boşaltılmasını müteakiben temizlenmeli,dezenfekte edilmeli ve gerekirse ilaçlanmalıdır.
		GD.19.8	Tıbbi atık içeren torbanın yırtılması veya boşalması sonucu dökülen atıklar uygun ekipman ile toplanmalı, sıvı atıklar ise uygun emici malzeme ile yoğunlaştırıldıktan sonra tekrar kırmızı renkli plastik torbalara konulmalı ve kullanılan ekipman ile birlikte bölme derhal dezenfekte edilmelidir.
		GD.19.9	Tıbbi atıkların konulduğu bölmenin kanalizasyon sistemi ile bağlantısı olmamalıdır.
		GD.19.10	Evsel nitelikli atıkların konulduğu bölmede kanalizasyona bağlı ızgaralı bir drenaj sistemi ve bölmenin kolaylıkla temizlenebilmesi için basınçlı bir su musluğu bulunmalıdır.
		GD.19.11	Tıbbi Atıklar, bertaraf sahasına taşınmadan önce 48 saatten fazla depolarda bekletilmemelidir. (Bekleme süresi, geçici atık deposu içindeki sıcaklığın 4 °C nin altında olması koşuluyla bir haftaya kadar uzatılabilir.)
		GD.19.12	Tıbbi atıkların alınması sırasında verici ünite ile alıcı kurum/kuruluş arasında "Ulusal Atık Taşıma Formu" düzenlenmelidir.
89	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.20	Evsel ve Tıbbi atık yönetimi kapsamında geçici depolama işlemi uygun yapılıyor mu? (Depolama işlemi konteynırda gerçekleştirilen sağlık tesisinde değerlendirilecektir).
		GD.20.1	Konteynerler ünitenin en az iki günlük tıbbi atığını alabilecek boyutta ve sayıda olmalıdır.
		GD.20.2	Konteynerler, kullanıldıkları ünitenin bulunduğu parsel sınırları içinde, doğrudan güneş almayan, hastane giriş-çıkışı, otopark ve kaldırım gibi yoğun insan ve hasta trafiğinin olduğu yerler ile gıda depolama, hazırlama ve satış yerlerinden uzağa yerleştirilmelidir.
		GD.20.3	Tıbbi Atık Konteynerlerin kapakları kullanımları dışında daima kapalı ve kilitli tutulmalı, yetkili olmayan kişilerin açmasına izin verilmemelidir.

		GD.20.4	Konteynerlerin iç yüzeyleri yükleme-boşaltma sırasında torbaların hasarlanmasına veya delinmesine yol açabilecek keskin kenarlar ve dik köşeler içermemelidir.
		GD.20.5	Tıbbi Atık Konteynerlerin dış yüzeyleri turuncu renkte olmalı, üzerlerinde görülebilecek uygun büyüklükte ve siyah renkli “Uluslararası Biyotehlike” amblemi ile siyah harfler ile yazılmış “Dikkat! Tıbbi Atık” ibaresi bulunmalıdır.
		GD.20.6	Konteynerler daima temiz ve boyanmış durumda olmalı, atıkların boşaltılmasını müteakiben her gün veya konteynerin içinde torbanın patlaması veya dökülmesi gibi herhangi bir kaza durumunda hemen temizlenmeli ve dezenfekte edilmelidir.
		GD.20.7	Tıbbi atıkların alınması sırasında verici ünite ile alıcı kurum/kuruluş arasında "Ulusal Atık Taşıma Formu" düzenlenmelidir.
90	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.21	Tehlikeli atıkların yönetimi uygun yapıyor mu?
		GD.21.1	Tehlikeli madde kalıntıları içeren veya tehlikeli maddelerle kontamine olmuş ambalajlar, Tehlikeli maddeler içeren ya da tehlikeli maddeler ile kontamine olmuş ahşap, cam ve plastikler, Amalgam atıkları, Kartuj ve tonerler, Flourosan ve diğer civa içeren atıklar, Tehlikeli maddeler ile kirlenmiş emiciler, filtre malzemeleri, temizleme bezleri, koruyucu giysi, Elektrik ve elektronik ekipman atıkları, Eski aküler, Tehlikeli maddelerle kontamine olmuş metal atıkları, Yağ katran ve diğer maddeler içeren kablolar, Kullanılmış (mum) parafin ve yağlar, Röntgen banyo suları ve piller, diğer atıklardan kaynağında ayrı toplanmalıdır.
		GD.21.2	Tehlikeli atıklar, tesis ve binalardan uzakta beton saha üzerine yerleştirilmiş sağlam, sızdırmaz (zemin ve çatı izolasyonuna sahip), emniyetli uygun depo içerisinde, geçici olarak muhafaza edilmeli ve taşınabilir yangın söndürme tüpü olmalıdır.
		GD.21.3	Tehlikeli atıklar depo içerisinde çapraz reaksiyona sebep olmayacak şekilde, EWC kodlamalarına göre farklı alanlarda depolanmalıdır.
		GD.21.4	Depoda toplanmış olan tehlikeli atık kaplarının üzerinde atığın çeşidi, kaynağı, miktarı ve depoya giriş tarihi ile ilgili bilgiler açık olarak yazılmalıdır.
		GD.21.5	Sağlık tesisinde üretilen tehlikeli atıkların depolanma süresi 180 günü aşmamalıdır.
		GD.21.6	Geçici depolanan tehlikeli atıklar Ulusal Atık Taşıma Formu ile lisanslı bertaraf firmasına teslim edilmelidir.

		GD.21.7	Her yıl ocak ve mart ayları arasında Tehlikeli Atık Beyan Sistemine (TABS) bir önceki yılın atık beyanı (Tıbbi, Tehlikeli, Bitkisel Atıklar) yapılmalı ve beyan 5 yıl saklanmalıdır.
91	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.22	Sağlık tesisinde mevzuata uygun ünite içi (bölüm bazlı) atık yönetim planı oluşturulmuş mu?
		GD.22.1	Sağlık tesisinde mevzuata uygun ünite içi (bölüm bazlı) atık yönetim planı olmalıdır.
		GD.22.2	Plana uygun ayırıştırma yapılmalıdır.
92	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.23	Yangın merdivenleri ve kaçış yolları uygun olarak düzenlenmiş mi?
		GD.23.1	Acil çıkışları gösteren çıkış levhaları bulunmalı ve levhalar işlevsel olmalıdır.
		GD.23.2	Sağlık tesinin yangın yönetmeliğine uygun olup olmadığına dair ilgili İtfaiye Müdürlüğü'nden alınan değerlendirme raporu bulunmalıdır.
		GD.23.3	Sağlık tesisi yönetimi tarafından değerlendirme raporunda olumsuz bulunan koşullar ile ilgili çalışmalar başlatılmalıdır.
93	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.24	Yangın söndürme sistemlerinin yerleşimi uygun mu, kontrolleri ve genel bakımları yapılıyor mu?
		GD.24.1	Sağlık tesisinin yangın ile ilgili plan/krokileri kolay ulaşılabilir olmalı ve krokilerde yangın söndürme sistemlerinin yeri belirtilmeli ve yangın söndürme tüpleri numaralandırılarak listesi oluşturulmalıdır..
		GD.24.2	Söndürme cihazları kolay ulaşılabilir ve görülebilir yerlerde bulunmalıdır.
		GD.24.3	Yangın söndürme tüplerinin zeminden olan yüksekliği 90 cm'yi aşmayacak şekilde olmalı ve sabitlenmelidir.
		GD.24.4	Yangın uyarı butonları yerden en az 110 cm ve en fazla 130 cm yüksekliğe yerleştirilmeli,kolayca görülebilir ve erişilebilir olmalıdır.
		GD.24.5	Yangın söndürme tüpleri ve yangın hortumları altı ayda bir kontrol edilmelidir.
		GD.24.6	Yangın söndürme tüplerinin yıllık genel bakımları yapılmalı, standartlara uygun toz kullanılmalı ve dört yıl sonunda tozu değiştirilmelidir.
		GD.24.7	Yapılan altı aylık,yıllık test ve kontrol sonuçları kayıt altına alınmalıdır. Periyodik kontroller yangın güvenliği sorumlusu veya temsilcisinin gözetiminde yapılmalıdır.

		GD.24.8	Yangın söndürme tüplerinin ve hortumlarının yılda bir kez kontrol edildiğine dair etiketleme yapılmalıdır.
94	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.25	Sağlık tesisinde acil afet yönetimine ait düzenleme var mı?
		GD.25.1	Sağlık tesisinde oluşturulan HAP komisyonu her yılın başında hastanenin güncel yıllık Hastane Afet Planını hazırlamalıdır. Planlar İl Sağlık Müdürlüğü tarafından onaylanmalıdır.
95	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.26	Yaşlı ve yürüyemeyen hastalar için yeterli tekerlekli sandalye mevcut mu?
		GD.26.1	Yaşlı ve yürüyemeyen hastalar için ilgili bölümlerde yeterli sayıda tekerlekli sandalye bulunmalıdır.
96	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.27	Sağlık tesisinde güvenliği sağlamak amacıyla kamera takip sistemi kurulmuş mu?
		GD.27.1	İlgili bölümlerde güvenliği sağlamak amacıyla kurulan kamera takip sistemi olmalıdır.
		GD.27.2	Güvenlik kamera kayıtları en az 2 ay süre ile saklanmalıdır
97	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.28	Sıkıştırılmış tıbbi gaz tüpleri, güvenlik açısından sabitlenmiş mi?
		GD.28.1	Sertifikalı sıkıştırılmış tıbbi gaz tüpleri bulunmalı ve güvenlik açısından sabitlenmelidir.
98	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.29	Su deposunun periyodik kontrolleri yapılıyor mu?
		GD.29.1	Su deposunda haftalık klor ölçümü yapılmalıdır. Ölçülen klor oranı kayıt edilmelidir.
		GD.29.2	Su deposundan yılda en az 2 (iki) kez su numunesi alınarak bakteriyolojik ve kimyasal analizler yapılmalıdır.
		GD.29.3	Klor ölçümleri ve bakteriyolojik analizler Enfeksiyon Kontrol Sorumlusu tarafından değerlendirilmelidir.
		GD.29.4	Su deposunun periyodik olarak yılda 1(bir) kez boşaltılıp temizlenerek dezenfekte edildiğine dair kayıtları olmalıdır.
99	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.30	Sağlık tesisinde bulunan jeneratörlerin bakımları yapılıyor mu?

		GD.30.1	Jeneratörlerin bağlı bulunulan enerji dağıtım şirketinden alınmış kabul belgesi olmalıdır.
		GD.30.2	Jeneratörlerin periyodik dönemlerde bakımları yapılmalı ve bakım formları saklanmalıdır.
100	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.31	İklimlendirme ve klima sistemlerinin bakımı ve kontrolü düzenli olarak yapılıyor mu?
		GD.31.1	İklimlendirme - klima sistemlerinin periyodik dönemlerde bakımları yapılmalı ve bakım formları saklanmalıdır.
101	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.32	Asansörlerin güvenli kullanımına yönelik gerekli düzenlemeler sağlanmış mı?
		GD.32.1	Asansörlerin Makina Mühendisleri Odası tarafından verilen uygunluk belgesi olmalıdır.
		GD.32.2	Asansörlere verilen uygunluk etiketleri yapıştırılmış olmalıdır.
		GD.32.3	Asansörlerin periyodik dönemlerde bakımları yapılmalı ve bakım formları saklanmalıdır.
102	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.33	Arşiv bölümünün işleyişine yönelik yazılı düzenleme belirlenmiş mi?
		GD.33.1	Arşivde yangın, hırsızlık, rutubet, su baskını, toz ve her türlü hayvan ve haşaratın tahriplerine karşı tedbirler alınmalıdır.
		GD.33.2	Arşivde dosya yerleşim planı olmalıdır.
		GD.33.3	Yangın söndürme cihazları yangın talimatı çerçevesinde çalışır durumda bulundurulmalı ve kolay erişilebilir olmalıdır.
		GD.33.4	Arşive kabul edilen dosyaların teslim alındığına dair kayıtlar tutulmalı ve dosyaların arşive yerleştirilmesi uygun şekilde yapılmalıdır.
103	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.34	Sağlık tesisinde uygun çevre düzenlemesi yapılmış mı?
		GD.34.1	Hastane bahçesinde hasta ve çalışanlar için uygun çevre düzenlemesi yapılmalı ve bekleme alanları oluşturulmalıdır.
		GD.34.2	Yönlendirme levhaları hasta ve yakınlarının görebileceği doğru yerde, yeterli ve açıklayıcı olmalıdır.

		GD.34.3	Otopark ve bahçe içerisinde ,Sağlık tesisi çevresinde (Otoparkı , bahçe vb) yeterli aydınlatma yapılmalıdır.
		GD.34.4	Hastane yakınındaki cadde ve sokaklarda hastanenin yerini gösteren işaret ve yönlendirme levhaları bulunmalıdır.
		GD.34.5	Engelli otoparki poliklinik girişine yakın bir alanda olmalıdır.
104	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.35	Hasta memnuniyetine yönelik düzenlemeler mevcut mu?
		GD.35.1	Hasta memnuniyetini belirlemeye ve ölçmeye yönelik anket çalışmaları yapılmalıdır.
		GD.35.2	Hasta ve yakınları için talep ve öneri kutuları hastaların görebileceği yerlerde,sağlık tesisinin büyüklüğüne göre yeterli sayıda ve kullanıma uygun olmalıdır.
		GD.35.3	Memnuniyet, dilek, öneri ve taleplerin değerlendirilmesi sonucu gerekli görülen düzenlemeler yapılmalıdır.
105	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.36	Sağlık tesisinin Web sayfasında sağlık tesisinde verilen hizmetler hakkında bilgi veriliyor mu?
		GD.36.1	Sağlık tesisinin Web sayfasında; -Hastanenin hizmet verdiği bölüm ve branşlar, -Hekim aylık ve günlük çalışma listesi, -Poliklinik muayene başlama ve bitiş saatleri, -Randevu alma bilgileri,, -Çalışanların, hasta ve yakınlarının önerilerini bildirebileceği alan, -Ziyaret saatleri ve ziyaretçilerin uyması gereken kurallar,(ADSH 'de değerlendirilecek.) -Hastaneye ulaşım ve iletişim bilgileri, -Site içi arama motoru olmalıdır.
		GD.36.2	Bilgiler güncel olmalıdır.
106	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.37	Kurumda personele verilecek eğitimlere yönelik bir eğitim planı oluşturulmuş mu?
		GD.37.1	Kurumda personele verilecek olan eğitimlere yönelik eğitim planı oluşturulmalıdır.
		GD.37.2	Eğitimler planlanan zamanda yapılmalıdır.

107	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.38	Çalışanlara "uyum eğitimleri" verilmiş mi?
		GD.38.1	Kuruma yeni başlayan personele, bir hafta içinde uyum eğitimi verilmelidir.
		GD.38.2	Çalışanlara verilen genel ve bölüm uyum eğitiminin kayıtları olmalıdır.
108	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.39	Enerji tüketim takip modülüne veri girişleri doğru ve düzenli olarak yapılıyor mu?
		GD.39.1	Enerji tüketim takip modülünde veri giriş yetkilisi iletişim bilgileri güncel olmalıdır.
		GD.39.2	Elektrik faturalarının veri girişleri enerji tüketim takip modülüne düzenli olarak yapılmalıdır.
		GD.39.3	Su faturalarının veri girişleri enerji tüketim takip modülüne düzenli olarak yapılmalıdır.
		GD.39.4	Yakıt faturalarının veri girişleri enerji tüketim takip modülüne düzenli olarak yapılmalıdır.
			ECZACILIK BÖLÜMÜNDEKİ SORULAR ADŞH'DE DEĞERLENDİRİLECEKTİR.
109	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.1	MKYS'de tanımlanan sınıflandırmaya göre sağlık hizmeti sunumunda gerekli olan temel ilaç listesi ve sarf malzeme listesi oluşturulmuş mu?
		EH.1.1	Sağlık hizmeti sunumunda gerekli olan, MKYS'de tanımlanan sınıflandırmaya göre temel ilaç listesi bulunmalıdır.
		EH.1.2	Sağlık hizmeti sunumunda gerekli olan, MKYS'de tanımlanan sınıflandırmaya göre temel sarf malzeme listesi bulunmalıdır.
		EH.1.3	İhaleler temel ilaç ve sarf malzeme listesinden hazırlanmalıdır.
110	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.2	TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Benzer Görünüşe, Okunuşa Ve Yazılışa Sahip İlaçların Yönetimi Talimata uygun yapılıyor mu?
		EH.2.1	Benzer Görünüşe, Okunuşa Ve Yazılışa Sahip İlaçların Listesi hazırlanmalı ve kullanımda olmalıdır.
		EH.2.2	Eczane deposunda görünüşü, okunuşu ve yazılışı benzer ilaçlar ile aynı ilacın farklı dozları ayrı raflarda saklanmalıdır.

111	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.3	Sağlık tesisinde ilaçlar ve tıbbi malzemelerle ilgili; tüm sağlık personellerine eczacı tarafından eğitim verilmiş mi? (Sağlık tesisinde eczacının olmadığı durumlarda Genel Sekreterlikte veya aynı birlikteki diğer bir sağlık tesisinde çalışan eczacı tarafından eğitim verilmelidir.)
		EH.3.1	İlaç ve tıbbi malzemelerle ilgili sağlık tesisinde tüm sağlık personeline eczacı tarafından eğitim planı hazırlanarak eğitim verilmeli, eğitimlerin dokümanları ve kayıtları olmalıdır.(Akılcı ilaç kullanımı, ilaç güvenliği ve özellikli birimlerde ilaç yönetimi, ilaç-ilaç etkileşimi, ilaç-besin etkileşimi, ilaç geçimsizliği, ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin soğuk zincir saklama ve transferleri, narkotik ve psikotrop ilaçların muhafazası ve kayıt altına alınması, ilaçların kaybolması, kırılması konusunda yapılacaklarla ilgili, ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin eczane iadesi, imhası, yüksek riskli ilaçların saklanması,advers etki bildirimi, bölünebilir ve ezilebilir ilaçlar, eşdeğer ilaç, ilaç infüzyon süreleri gibi konularda)
		EH.3.2	Sağlık tesisinde ilaç ve tıbbi malzeme depo sorumluluk alanlarında çalışan personele eczacı tarafından ilaç- tıbbi sarf malzeme güvenliği ve yönetimi konusunda eğitim planı hazırlanarak eğitim verilmeli, eğitimlerin dokümanları ve kayıtları olmalıdır.
		EH.3.3	Eczanede hastabaşı ilaç hazırlamada görevli personelin eğitim durumu en az lise mezunu tercihen eczane teknisyenliği sertifikalı olmalıdır.
112	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.4	İlaçlarda advers etki bildirimi ile ilgili sorumlu belirlenmiş mi ve advers etki bildirimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayımlanan Advers Etki Bildirimi Talimatına uygun yapılıyor mu?
		EH.4.1	Sağlık tesisindeki ilaç için farmakovijilans sorumlusu belirlenmelidir.
		EH.4.2	Advers etki bildirimi Advers Etki Bildirimi Talimatı doğrultusunda yapılmalıdır.
113	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.5	İlaç yönetimi için oluşturulmuş ikazlar HBYS firması tarafından sisteme entegre edilmiş mi?
		EH.5.1	İlaç-ilaç etkileşim tablosu hazırlanmalıdır ve HBYS'ye entegre edilmelidir.
		EH.5.2	İlaç-besin etkileşim tablosu hazırlanmalıdır ve HBYS'ye entegre edilmelidir.
		EH.5.3	Gebelikte ve emzirme-süt vermede kullanılmayacak ilaçlar listesi hazırlanıp HBYS 'e entegre edilmeli ve uyarı veren sistem oluşturulmalıdır.
		EH.5.4	Hastanın hastaneye yatış esnasında beraberinde getirdiği ilaçlar HBYS eczane modülünde görülmelidir.
		EH.5.5	Dar terapötik aralıklı ilaç listesi (Örn. varfarin, teofilin, fenitoin, digoksin, vankomisin, aminoglikozitler vb.) oluşturulmalı ve HBYS' ye entegre edilmelidir.
		EH.5.6	Kullanım süresi 6 ay kalan ilaç ve tıbbi sarf malzemeleri için HBYS uyarı vermelidir.

		EH.5.7	HBYS eczane modülünde ameliyathanenin ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin stok miktarları ve tutarları görülebilmelidir.
114	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.6	Hasta bekleme salonlarında ilaç kullanımları hakkında eczacı tarafından hazırlanan / onaylanan görsel, işitsel ve el broşürleri ile bilgilendirme yapıyor mu?
		EH.6.1	Hasta bekleme salonlarında ilaç kullanımları hakkında eczacı tarafından hazırlanan / onaylanan görsel, işitsel ve el broşürleri bulunmalıdır.
115	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.7	Yüksek riskli ilaçların yönetimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Yüksek Riskli İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun yapıyor mu?
		EH.7.1	Yüksek riskli ilaç listesi hazırlanarak, tüm kullanım alanlarında tercihen duvara monte PVC kitap şeklinde olmalıdır.
		EH.7.2	Diğer ilaçlardan farklı bir alanda muhafaza edilmelidir. Yüksek riskli ilaçların muhafaza edileceği alanlar dikkat çekmek amacı ile kırmızı renkle belirginleştirilmelidir.
116	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.8	Ameliyathaneye ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin çıkışı TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme Deposundan Özellikli Birimlere Çıkış Talimatına" uygun yapıyor mu?
		EH.8.1	İlaç deposundan;Ameliyathaneye ilaç ve farmakolojik ürünlerin Taşınır Mal Yönetmeliğinde belirtilen miktarda çıkışı yapılmalıdır.
		EH.8.2	Belirtilen birimlere yapılan toplu ilaç çıkışlarının taşınır işlem fişleri; ilgili birim sorumlusuna imzalatılıp, dosyalanmalıdır.
		EH.8.3	Eczacı tarafından Taşınır Mal Yönetmeliğinde belirtilen miktarda, ilaç ve tıbbi sarf malzeme çıkışı yapılan birimlerde belirli aralıklarla stok miktarları kontrol edilmelidir.
117	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.9	HBYS üzerinden servislerden istemi yapılan hasta tabelalarındaki ilaçlar; hasta taburcu olduğunda, ex olduğunda, başka kuruma sevk edildiğinde veya lüzum halindekiler kullanılmadığı zaman 24 saat içinde ilgili birim sorumlusu tarafından ilaç iade formu doldurularak TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İade Talimatına uygun eczaneye iade ediliyor mu?
		EH.9.1	HBYS üzerinden, servislerden istemi yapılan hasta tabelalarındaki ilaçlar; hasta taburcu olduğunda, ex olduğunda, başka kuruma sevk edildiğinde veya lüzum halindekiler kullanılmadığı zaman 24 saat içinde ilgili birim sorumlusu tarafından hasta bazlı olarak, ilaç iade formu doldurularak eczaneye iade edilmeli ve formlar karşılıklı imzalanıp saklanmalıdır.Hasta başına iade işlemi HBYS eczane modülünde gerçekleştiriliyorsa, iade bilgilerini içeren form çıktı olarak alınıp, karşılıklı imzalanabilir.
118	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.10	İlaç ve tıbbi sarf malzemelerin imhası TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İmha Talimatı" doğrultusunda gerçekleştiriliyor mu?

		EH.10.1	İlaç ve tıbbi sarf malzemelerin imhası TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İmha Talimatı" doğrultusunda gerçekleştirilmelidir.
119	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.11	İlaçların kırılması, kaybolmasına yönelik düzenlemeler uygun şekilde yapılıyor mu?
		EH.11.1	İlaçların kırılması, kaybolması durumunda TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaçların Kırılması ve Kaybolması Durumunda Yapılacaklar İle İlgili Talimat" doğrultusunda gerçekleştirilmelidir.
120	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.12	Narkotik(Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaç yönetimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Narkotik ve Psikotrop İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun şekilde yapılıyor mu?
		EH.12.1	Narkotik(Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçlara erişimin kısıtlanarak uygun şekilde saklanmalıdır.
		EH.12.2	Narkotik(Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçların kırılması, kaybolması veya miadının geçmesi durumunda Narkotik ve Psikotrop İlaçların Yönetimi Talimatına uygun hareket edilmelidir.
		EH.12.3	Narkotik(Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçların kullanılmayan kısmı / yarım dozları takip edilmelidir. Yarım kalması durumunda Narkotik ve Psikotrop İlaçların Yönetimi Talimatına uygun hareket edilmelidir.
		EH.12.4	Yazılı düzenlemeye Narkotik(Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaç kullanımı olan tüm birimlerden ulaşılabilmelidir.
121	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.13	İlaç ve Tıbbi Sarf Malzemelerin minimum, maximum ve kritik stok seviyeleri belirlenmiş mi?
		EH.13.1	İlaç ve Tıbbi Sarf Malzemelerin minimum, maximum ve kritik stok seviyeleri belirlenip, HBYS sistemine girişi yapılmalıdır.
		EH.13.2	Minimum ve kritik stok seviyesine geldiğinde HBYS sistemi uyarı vermelidir.
122	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.14	İlaçların eczaneden çıkışı TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Hasta Bazlı İlaç Çıkış Talimatına uygun olarak yapılıyor mu?
		EH.14.1	İlaçlar eczanede her hasta için ayrı olacak şekilde paketlenmiş olmalıdır.
		EH.14.2	Paket üzerinde ilaçların adı, dozu, son kullanma tarihi ve hasta bilgisi belirtilmiş olmalıdır.
		EH.14.3	Hasta bazlı ilaç hazırlama alan ve koşulları oluşturulmalıdır.
		EH.14.4	Hasta adına hazırlanmış ilaçlar servislerden gelen sağlık personeline teslim edilirken kayıt altına alınmalıdır.

123	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.15	İlaç ve tıbbi sarf malzemelerin miktar ve miad yönetimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Miktar ve Miad Kontrol Talimatına uygun olarak yapılıyor mu? (ilaç, tıbbi sarf vb.)
		EH.15.1	Tüm medikal depo malzemeleri için miktar ve son kullanma tarihi yakın olanın daha önce kullanılmasını sağlamak için gerekli tedbirler alınmalıdır.
124	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.16	Kısmi doza konu olan ilaçların yönetimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Kısmi Doz (Yarım doz) İlaçların Yönetimi Talimatına uygun olarak yapılıyor mu?
		EH.16.1	Kısmi doza (yarım doz) konu olan ilaçlar belirlenmelidir. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Kısmi Doz İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun olarak özellikli birimlerden gelen Sağlık Tesisi İçi Yarım Doz İlaç Bildirim Formları eczanede toplanmalıdır.
125	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.17	İlaç hazırlama ünitelerinde Birbirine karıştırılmaması gereken ilaçlar ile ilgili gerekli önlemler TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç Geçimsizliği Talimatına" uygun alınmış mı?
		EH.17.1	Eczacı tarafından ameliyathane ve servislerde kullanılmak üzere Geçimsiz İlaç Listesi hazırlanmalıdır.
		EH.17.2	İlaç geçimsizlikleri ile ilgili görsel uyarı ve bilgilendirme dökümanları bulunmalı, geçimsizlik tespit edildiği durumlarda gerçekleştirilecek işlemler bilinmelidir.
126	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.18.1	Oral ilaçların hazırlanması uygun şekilde yapılıyor mu?
		EH.18.2	Doz ayarlaması yapılması halinde (servisler, eczane vb. bölümlerde) bölünmesi gereken tabletlerde tablet kesme aparatı kullanılmalıdır.
		EH.18.3	Yutulamayan tabletleri toz haline getirmek için yoğun bakım, servisler, eczane vb. bölümlerde tablet ezme aparatı kullanılmalıdır.
127	MEDİKAL DEPO	MD.1	Tüm Medikal Depo Hizmetleri'ne ilişkin organizasyon yapısı ve iletişim kanalları belirlenmiş mi?
		MD.1.1	Tüm Medikal Depo Hizmetlerine ilişkin mevzuata uygun organizasyon yapısı bulunmalıdır.
		MD.1.2	Bu organizasyon yapısında, sağlık tesisi, genel sekreterlik ve kurum başkanlığı dahilinde iletişim kanalları bulunmalıdır.
128	MEDİKAL DEPO	MD.2	Tıbbi Sarf malzemelerin MKYS veri girişlerinde doğru sınıflandırma tanımı seçiliyor mu?
		MD.2.1	Tıbbi Sarf malzemelerin MKYS veri girişlerinde doğru sınıflandırma tanımı seçilmelidir.

129	MEDİKAL DEPO	MD.3	Faturada TİTUBB (Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Ulusal Bilgi Bankası) barkod ve etiket adı, seri/lot numaraları, SUT kodu mevcut mu?
		MD.3.1	Medikal malzemelerin faturalarında TİTUBB (Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Ulusal Bilgi Bankası) barkodu ve etiket adı, seri / lot numaraları, geri ödeme listesinde bulunuyorsa SUT kodu bulunmalıdır.
130	MEDİKAL DEPO	MD.4	Medikal depoda stok düzeyi iki ayın (60 gün) altında mı?
		MD.4.1	Medikal depoda stok düzeyinin iki ayın (60 gün) altında olmalıdır.
131	MEDİKAL DEPO	MD.5	Medikal depolarda bulunan tehlikeli maddelerin yönetimi uygun şekilde gerçekleştiriliyor mu?
		MD.5.1	Tehlikeli maddelerin listesi tercihen duvara monte PVC kitap şeklinde olmalıdır.
		MD.5.2	Tehlikeli maddelerin depolanması ve taşınması TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Tehlikeli Madde Yönetimi Talimatına" uygun gerçekleştirilmelidir.
		MD.5.3	Tehlikeli maddelerin üzerinde tehlikeli madde sınıfını gösteren etiketler bulunmalıdır.
		MD.5.4	Tehlikeli maddelerin dökülmesi saçılması durumunda yapılacaklar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Tehlikeli Madde Yönetimi Talimatına" uygun gerçekleştirilmelidir.
		MD.5.5	Tehlikeli maddelere maruz kalınması durumunda yapılacaklar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Tehlikeli Madde Yönetimi Talimatına" uygun gerçekleştirilmelidir.
132	MEDİKAL DEPO	MD.6	Medikal depolar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Medikal Depo Fiziki Standartları Talimatına uygun fiziki koşullara sahip mi?
		MD.6.1	Yer, duvar ve tavanları su geçirmez, temizlenebilir, rutubet önleyici ve dayanıklı malzemeye kaplanmış, boyanmış olmalıdır.
		MD.6.2	Depolardaki atık su boruları açıkta görülmeyecek şekilde kapatılarak yalıtımı yapılmalıdır.
		MD.6.3	Depo bulunan malzemelerin duvar ve zemin ile teması bulunmamalıdır.
		MD.6.4	Raf sistemi bulunan depolarda; rafların birbirine ve duvara sabitlenmiş olması gerekmektedir.
		MD.6.5	Haşerelere karşı önlem alınmalıdır.

		MD.6.6	Aydınlatma yeterli olmalıdır. (TS EN 12464'e göre depo alanı 100 lüks, depo sorumlusu odası 500 lüks)
		MD.6.7	Periyodik temizlik ve bakım kontrolleri yapılmalıdır. Temizlik ve bakım kontrol formları depo sorumlusunda bulunmalıdır.
		MD.6.8	Medikal depo alanları yeterli havalandırmaya sahip olmalı ve yeterli iklimlendirme sağlanmalıdır.
		MD.6.9	Medikal Depo alanlarında yerleşim planı bulunmalıdır.
		MD.6.10	Depo, sağlık tesisinin ihtiyacını karşılayacak yeterlilikte fiziki yapıya sahip olmalıdır.
		MD.6.11	Medikal depoların temizliği, depo sorumlusunun belirlediği temizlik kurallarına göre temizlik personeli tarafından günlük olarak yapılmalıdır.
133	MEDİKAL DEPO	MD.7	Depoların güvenliğini sağlamak amacıyla gerekli düzenlemeler yapılmış mı?
		MD.7.1	Hırsızlık için gerekli tedbirler alınmalıdır.
		MD.7.2	Yangın tehlikesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.
		MD.7.3	Deprem, su basması ve sel felaketlerine karşı gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.
		MD.7.4	Elektığe bağlı yaşanacak olumsuzluklara karşı gerekli tedbirler alınmalıdır.(Elektrik kablosu gibi açıkta aktif kaynak bırakmamak vb.)
134	MEDİKAL DEPO	MD.8	Medikal depolarda ilaç ve tıbbi malzemeler uygun koşullarda saklanıyor mu?
		MD.8.1	Medikal depolarda ilaçlar uygun sıcaklıkta ve nem koşullarında saklanmalıdır.
		MD.8.2	Medikal depolardaki tıbbi malzemeler uygun sıcaklıkta ve nem koşullarında saklanmalıdır.
		MD.8.3	Medikal depolarda, sıcaklık ve nem referans değerler aralığında bulunmaması halinde, ilgili yetkiliye uyarı veren USP girişli dijital dereceler yoluyla gerçek zamanlı olarak bilgilendirme yapılmalıdır. USP girişi olan dijital dereceden belirli periyotlarda rapor alınıp depo sorumlusu tarafından imzalanıp arşivlenmelidir.

		MD.8.4	Soğuk zincire tabi ilaçlar ve tıbbi sarf malzemeler, soğuk zincirin kırılmasını engelleyecek şekilde TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Soğuk Zincir İlaçlarının Yönetim Talimatı" doğrultusunda uygun şartlarda muhafaza edilmelidir. Muhafaza sırasında uyarı veren dijital dereceler kullanılmalıdır. Dijital aktarımı sağlayan teknolojiler ile belirli periyotlarda rapor alınıp elektronik olarak arşivlenmelidir. (Soğuk zincire tabi ilaç veya tıbbi sarf malzeme bulunmayan depolar muaf tutulacaktır.)
		MD.8.5	İşıktan korunması gereken ilaç ve tıbbi malzeme listesi hazırlanarak saklanması . TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İşıktan Korunması Gereken İlaçlarla İlgili Talimatına" uygun yapılmalıdır.
135	MEDİKAL DEPO	MD.9	İlaç ve Tıbbi Sarf Malzemelerin minimum, maximum ve kritik stok seviyeleri belirlenmiş mi?
		MD.9.1	İlaç ve Tıbbi Sarf Malzemelerin minimum, maximum ve kritik stok seviyeleri belirlenip, HBYS sistemine girişi yapılmalıdır.
		MD.9.2	Minimum ve kritik stok seviyesine geldiğinde HBYS sistemi uyarı vermelidir.
136	MEDİKAL DEPO	MD.10	Tüm medikal depo malzemeleri için muayene, mal kabul işlemleri TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Medikal Depo Mal Kabul Talimatına göre yapılıyor mu?
		MD.10.1	Mal kabul işlemlerinden önce muayene süreci uygun şekilde tamamlanmalıdır.
		MD.10.2	Mal Kabul sırasında sayımı depo sorumlusu yapmalıdır.
137	MEDİKAL DEPO	MD.11	İlaç ve tıbbi sarf malzemelerin miktar ve miad yönetimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Miktar ve Miad Kontrol Talimatına uygun olarak yapılıyor mu?
		MD.11.1	Kamu idaresi ile yüklenici arasında imzalanan mal alımına ilişkin sözleşmede (Teknik şartnamede) kullanım süresi 3 ay kalan tüm medikal malzemelerin bildirimleri yapılmalıdır.
		MD.11.2	Kamu idaresi ile yüklenici arasında imzalanan mal alımına ilişkin sözleşmede (Teknik şartnamede) kullanım süresi dolan veya dolmak üzere olan tüm medikal malzemeler fiyat farkı veya ek bir maliyet talep edilmeden değiştirilmelidir.
		MD.11.3	Miad yenileme yapılırken tüm medikal malzemeler MKYS üzerinden "Miad Uzatımı Çıkış" işlem türü ile yüklenici firmaya çıkışı yapılmalıdır. Yükleniciden gelen uzun miadlı malzemelerde "Miad Uzatımı Giriş" işlemi ile kayıtlara alınmalıdır.
		MD.11.4	Tüm medikal depo malzemeleri için miktar ve son kullanma tarihi yakın olanın daha önce kullanılmasını sağlamak için gerekli tedbirler alınmalıdır.
138	AYNİYAT DEPO	AD.1	Sağlık tesisinin tüm depolarında yapılan işlemlerin (giriş, çıkış, aylık tüketim bildirimi vb.) taşınır işlem fişleri Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemi'nden alınıyor mu?

		AD.1.1	Sağlık tesisinin tüm depolarında (ayniyat, biyomedikal, medikal depolar vb.) yapılan giriş, çıkış, devir, hurda, zimmet vb. işlemlerin taşınır işlem fişleri HBYS'den değil, MKYS'den alınmış olmalıdır.
		AD.1.2	Taşınır işlem fişlerinin teslim eden ve teslim alan kısımları imzalı olarak dosyalanmalıdır.
139	AYNİYAT DEPO	AD.2	Ayniyat dayanıklı taşınır depolarında yapılan her türlü H.E.K. işlemleri yönetmeliklere uygun yapılıyor mu?
		AD.2.1	Hurda komisyon raporu (durum tespit raporu) ve kayıttan düşme teklif onay tutanakları düzenlenmiş, komisyon tarafından imzalanmış olmalıdır.
		AD.2.2	Düzenlenen taşınır işlem fişlerinin teslim eden ve teslim alan kısımları imzalı olmalıdır.
		AD.2.3	Amortisman çıkış belgeleri düzenlenmiş ve ilgili saymanlıklara bildirilmiş olmalıdır.
140	AYNİYAT DEPO	AD.3	Ayniyat depolarına girişi yapılacak malzemelerin muayene kabul, ve hizmet ifa tutanakları ayniyat depolarından sorumlu Taşınır Kayıt Kontrol Yetkilisi'nin gözetiminde düzenleniyor mu?
		AD.3.1	Ayniyat depolarına girişi yapılacak malzemelerin muayene kabul, hizmet ifa vb. işlemlerin tutanaklarında ayniyat depolarından sorumlu Taşınır Kayıt Kontrol Yetkilisi bulunmalı yada gözetiminde yapılmalıdır.
141	AYNİYAT DEPO	AD.4	Taşınır Kayıt ve Kontrol Yetkilileri'ne yönelik eğitimler verilerek; eğitim planı, talimatı ve eğitim dökümanları oluşturulmuş mu?
		AD.4.1	Sağlık tesisinin tüm depolarında görevli Taşınır Kayıt Kontrol Yetkilileri'ne; Taşınır Mal Yönetmeliği'ne uygun olarak mevzuat, MKYS iş ve işlemleri hakkındaki eğitimler, genel sekreterliklerde görevli İl Konsolide Yetkilisi tarafından verilmelidir.
		AD.4.2	Eğitimin planı, ve içeriği hakkında dökümanlar bulunmalı katılımcılar hakkında kayıtlar olmalıdır.
142	AYNİYAT DEPO	AD.5	Teknik servis dökümanlarında ayniyat dayanıklı taşınırlara ait sicil veya seri numaraları üzerinden işlem yapılıyor mu?
		AD.5.1	Ayniyat dayanıklı taşınırlara uygulanan bakım, onarım vb. işlemler için düzenlenen teknik servis formlarında, ilgili dayanıklı taşınırlara ait sicil, seri veya künye numarası bulunmalıdır.
143	AYNİYAT DEPO	AD.6	Sağlık tesisindeki bağış ve hibe işlemleri ilgili yönetmeliğe göre yapılıyor mu?
		AD.6.1	Sağlık tesisi yöneticisi tarafından bağış yapan kişinin dilekçesi uygun görülmüş olmalıdır.
		AD.6.2	Fiyatı belgelendirilmemiş (fatura vb.) bağışlar için değer tespit komisyonu tarafından tutarlar belirlenmiş olmalıdır.

		AD.6.3	Bağış yapılan malzemeler için düzenlenen taşınır işlem fişleri ilgili saymanlığa ve bir nüshasında bağışı yapan kişiye gönderilmelidir.
144	AYNİYAT DEPO	AD.7	Sağlık tesisi depolarında yapılan tüketimlerin, çıkış bildirimleri ilgili dönemlerde saymanlıklara yapılıyor mu?
		AD.7.1	Tüm depolarda yapılan döner sermaye tüketim çıkış bildirimleri birer aylık dönemlerde ilgili saymanlıklara gönderilmelidir.
		AD.7.2	Tüm depolarda yapılan genel bütçe tüketim çıkış bildirimleri üçer aylık dönemlerde ilgili mal müdürlüklerine gönderilmelidir.
145	AYNİYAT DEPO	AD.8	Kişi veya ortak kullanıma verilen zimmet tutanakları mevcut mu?
		AD.8.1	Kişi veya ortak kullanıma verilen zimmet tutanakları, karşılıklı imzalandıktan sonra bir nüshası zimmet sahibine teslim edilmelidir.
		AD.8.2	Kişi veya ortak kullanıma verilen zimmetler güncel olmalı ve zimmet tutanakları dosyalanmalıdır.
146	AYNİYAT DEPO	AD.9	Satınalma, devir, hibe vb. giriş işlem TİF'leri düzenlendikten sonra en geç 10 gün içerisinde muhasebeleştiriliyor mu?
		AD.9.1	Muayene kabul tarihinden itibaren en geç 10 gün içerisinde taşınır işlem fişi düzenlenerek, bir nüshası ödeme emri belgesi ekinde muhasebe birimine gönderilmelidir.
		AD.9.2	TDMS/Raporlar/Performans Tabloları/Taşınır ve Hizmet Muhasebeleştirme Gün Süresi ekranından, muhasebeleştirme sürelerinin kontrolü yapılmalıdır.
147	AYNİYAT DEPO	AD.10	Tüm depolarda yapılan işlemlerin (giriş, çıkış vb.) ilgili dönemlerde MKYS/TDMS VE MKYS/KBS hesap uyumlulukları sağlanıyor mu?
		AD.10.1	Saymanlıklara bildirim yapılan döner sermaye hesaplarının, aylık olarak MKYS/TDMS hesap uyumluluğu sağlanmış olmalıdır.
		AD.10.2	Defterdarlık veya Malmüdürlüğü'ne bildirim yapılan genel bütçe hesaplarının, üçer aylık dönemlerde MKYS/KBS hesap uyumluluğu sağlanmış olmalıdır.
148	AYNİYAT DEPO	AD.11	Sağlık tesisinin tüm depolarında (aynıyat, biyomedikal, medikal vb.) yapılan düzeltme işlemleri farklarının kontrolü yapıp, düzeltme işlemi TİF'leri muhasebe birimine gönderiliyor mu?
		AD.11.1	Tüm depolarda yapılan düzeltme işlemlerinde, tutar farkı olmamalıdır.
		AD.11.2	Yapılan düzeltme işlemlerinde 2. düzey hesap kodlarına kadar değişiklik yapılıyor ise; düzeltme taşınır işlem fişleri ve dayanıklı taşınırlar için düzenlenen amortisman çıkış belgeleri ilgili saymanlıklara bildirilmelidir.

149	AYNİYAT DEPO	AD.12	Sağlık tesisinin tüm depolarında (aynıyat, biyomedikal, medikal vb.) yapılan ambarlar arası devir çıkış ve giriş işlemlerinde; taşınır kodları, tutar ve miktarlar uyumlu mu?
		AD.12.1	Tüm depolarda yapılan ambarlar arası devir işlemlerinde, miktar ve tutar farkı olmamalıdır.
		AD.12.2	Sağlık tesisi içinde yapılan ambarlar arası devir çıkış ve giriş işlemleri için düzenlenen Taşınır İşlem Fişlerinde taşınır kodları, miktar ve tutarlar aynı olmalıdır.
150	AYNİYAT DEPO	AD.13	Sağlık tesisinin tüm depolarında (aynıyat, biyomedikal, medikal vb.) stoğu eksiye düşen malzemelerin kontrolü yapılıyor mu?
		AD.13.1	Tüm depolarda yapılan işlemler sonucunda, eksi stoğa düşen malzeme bulunmamalıdır.
151	AYNİYAT DEPO	AD.14	Sağlık tesisinin tüm depolarında (aynıyat, biyomedikal, medikal vb.) yapılan giriş işlemlerinin, MKYS'de depo kayıtları oluşturulmuş mu?
		AD.14.1	Sağlık tesisinin tüm depolarında, depo kaydı oluşturulmayan giriş işlem türü bulunmamalıdır. Girişi yapılan taşınırların depo kayıtları oluşturulmuş olmalıdır.
152	AYNİYAT DEPO	AD.15	Ayniyat dayanıklı taşınırlar teknik hizmet kapsamında sağlık tesisi dışına çıkarıldığında, MKYS/ Malzeme İşlemleri Ekranı'ndan emanet çıkış ve emanet iade işlemi yapılıyor mu?
		AD.15.1	Ayniyat dayanıklı taşınırlar (bakım, onarım vb.) sağlık tesisi dışına çıkarıldığında, MKYS'den emanet çıkışı yapılmalı, emanet çıkış işlemine ait taşınır işlem fişleri teslim eden ve teslim alan tarafından imzalanmalıdır.
		AD.15.2	Ayniyat dayanıklı taşınırlar sağlık tesisine geri iade edildiğinde, MKYS'den emanet iade işlemi yapılmalı, emanet iade işlemine ait taşınır işlem fişleri teslim eden ve teslim alan tarafından imzalanmalıdır.
153	AYNİYAT DEPO	AD.16	Özellikli sağlık araçlarındaki tıbbi donanımların ilgili depoya kaydı yapıldıktan sonra, sağlık aracının ilk kayıtlı değeri düzeltilerek MKYS'de yeniden kayıt altına alınıyor mu?
		AD.16.1	Özellikli sağlık araçlarındaki dayanıklı taşınırların fiyat tespit komisyonu tarafından tutarları belirlenmiş olmalıdır.
		AD.16.2	Dayanıklı taşınırların, düzeltme giriş işlemi ile belirlenen tutar kadar ilgili depoya kaydı yapılmış olmalıdır
		AD.16.3	Sağlık aracı düzeltme çıkış işlemi ile kayıtlardan çıkartıldıktan sonra, girişi yapılan dayanıklı taşınırların tutarı kadar, aracın daha önceki kayıtlı bedelinden düşüm yapılarak, düzeltme giriş işlemi ile aynıyat depoda yeniden kayıt altına alınmış ve saymanlığa bildirim yapılmış olmalıdır.
154	AYNİYAT DEPO	AD.17	Sağlık tesisi bünyesinde kullanılan taşıtların Ulaşım Araçları Ekranına veri girişleri yapılıyor mu?
		AD.17.1	Ayniyat demirbaş depo 254- Taşıtlar Grubu Hesap Kodu'nda kayıtlı araçların MKYS/Ulaşım Araçları/Demirbaş Ekranı'na veri girişleri yapılmalıdır.

		AD.17.2	Sağlık tesisi hizmet satınalma şartnamesinde belirtilen araçların MKYS/Ulaşım Araçları/Hizmet Alım Ekranı'na veri girişleri yapılmalıdır.
155	AYNİYAT DEPO	AD.18	Ayniyat dayanaklı taşınır depo hesap kodlarında kayıtlı olan ancak ayniyat dayanaklı taşınır niteliğinde olmayan malzemelerin uygun depolara devirleri yapılmış mı ?
		AD.18.1	Ayniyat dayanaklı taşınır depo hesap kodlarında (eski pasif kodlar) kayıtlı olan, ancak şuan ayniyat dayanaklı taşınır niteliğinde olmayan malzemelerin, yeni kodlarda takibi için uygun depolara devirleri yapılmalıdır.
156	AYNİYAT DEPO	AD.19	Ayniyat dayanaklı taşınırların üzerinde malzeme bilgilerini gösteren etiketler mevcut mu?
		AD.19.1	Sağlık tesisi içerisinde yer alan ayniyat dayanaklı taşınırların üzerinde malzeme adı, sicil, seri veya künye numaralarını gösteren güncel etiketler bulunmalıdır.
157	AYNİYAT DEPO	AD.20	Ayniyat depo alanları uygun fiziki koşullara sahip mi?
		AD.20.1	Duvar ve tavanlar rutubet önleyici ve dayanaklı malzemeyle boyanmış, zeminler temiz olmalıdır.
		AD.20.2	Depolardaki boruların (atık su, kalorifer vb.) yalıtımı yapılmalıdır.
		AD.20.3	Depo raflarında bulunan malzemelerin duvar ve zemin ile teması bulunmamalıdır.
		AD.20.4	Depoda bulunan raf sistemlerinde devrilmeye karşı gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.
		AD.20.5	Haşerelere karşı önlemler alınmalıdır.
		AD.20.6	Depo, hastane ihtiyacını karşılayacak yeterlilikte fiziki yapıya sahip olmalıdır.
		AD.20.7	Depolarda güncel malzeme yerleşim listesi ve krokiler bulunmalıdır.
158	AYNİYAT DEPO	AD.21	Depoların güvenliğini sağlamak amacıyla gerekli düzenlemeler yapılmış mı?
		AD.21.1	Hırsızlık için (kamera, demir parmaklık vb.) gerekli tedbirler alınmalıdır.
		AD.21.2	Yangın tehlikesi için (yangın söndürme sistemi, yangın tüpleri vb.) gerekli tedbirler alınmalıdır.

		AD.21.3	Deprem, su basması ve sel felaketlerine karşı (logar, bariyer, tahliye kanalı vb.) gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.
		AD.21.4	Elektriğe bağlı yaşanacak tehlikelere karşı priz ve anahtarlar kırık, kablolar açıkta olmamalıdır.
159	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.1	Klinik Mühendislik Hizmetleri görev ve sorumluluk alanlarında kullanılan yazılımlar Kayıt Tescil Sistemi (KTS)'nde KMBYS olarak aktif mi?
		KM.1.1	Klinik Mühendislik Hizmetleri görev ve sorumlulukları alanında kullanılan yazılımlar Kayıt Tescil Sistemi'nde KMBYS olarak aktif olmalıdır.
160	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.2	Biyomedikal dayanıklı taşınırların üzerinde, MKYS'de yer alan bilgilerin olduğu kare kodu içeren etiket mevcut mu?
		KM.2.1	Sağlık tesislerinde bulunan kullanım yerlerinde bulunan tüm biyomedikal dayanıklı taşınırların üzerinde, MKYS'de yer alan bilgilerin olduğu kare kod içeren etiket olmalıdır.
		KM.2.2	Dayanıklı taşınırlar üzerinde bulunan kare kod içeren etiketler, kare kod etiket okutucular ile okutulduğunda gelen bilgiler dayanıklı taşınır bilgileri ile uyumlu olmalıdır.
161	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.3	MKYS'de Dayanıklı Taşınır Envanter Yönetimi Ekranı üzerinden girilen veri girişleri doğru şekilde yapılıyor mu?
		KM.3.1	Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (poliklinik, laboratuvar, servis, ameliyathane, görüntüleme, sterilizasyon) bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların MKYS'de Dayanıklı Taşınır Envanter Yönetimi Ekranı üzerinden girilen idari ve teknik veri girişleri doğru şekilde yapılmalıdır.
162	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.4	Tedarik edilen biyomedikal dayanıklı taşınır ve tüketim malzemelerine yönelik muayene - kabul, hizmeti ifa ve teslim tutanakları uygun şekilde düzenleniyor mu?
		KM.4.1	Hizmet alımı haricinde bir yolla temin edilen biyomedikal dayanıklı taşınırların muayene - kabul ve teslim tutanaklarında en az bir Klinik Mühendislik Hizmetleri Birim personeli ve/veya Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt Kontrol Yetkilisi komisyon üyesi olmalıdır.
		KM.4.2	Temin edilen biyomedikal tüketim malzemelerinin teslim tutanaklarında en az bir Klinik Mühendislik Hizmetleri Birim personeli ve/veya Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt Kontrol Yetkilisi komisyon üyesi olmalıdır.
		KM.4.3	Hizmet alım yoluyla temin edilen biyomedikal dayanıklı taşınırların hizmeti ifa tutanaklarında en az bir Klinik Mühendislik Hizmetleri Birim personeli ve/veya Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt Kontrol Yetkilisi komisyon üyesi olmalıdır.

		KM.4.4	Sahibi olunan biyomedikal dayanıklı taşınırlara uygulanan biyomedikal teknik hizmetlerin (bakım, onarım, metroloji, kurulum gibi) hizmeti ifa tutanaklarında en az bir Klinik Mühendislik Hizmetleri Birim personeli ve/veya Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt Kontrol Yetkilisi komisyon üyesi olmalıdır.
163	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.5	Biyomedikal dayanıklı taşınırlara yönelik kullanıcı eğitimleri veriliyor mu?
		KM.5.1	Sağlık tesislerinde kullanılan biyomedikal dayanıklı taşınırlara, kullanıcı eğitimi verildiğine dair kayıtlar ilgili birimlerde / eğitim birimlerinde bulunmalıdır.
		KM.5.2	Klinik Mühendislik Hizmetleri Biriminde sağlık personeline biyomedikal dayanıklı taşınırların kullanımına yönelik verilen eğitimlerin dokümanları bulunmalıdır.
164	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.6	Biyomedikal dayanıklı taşınırların aktif, pasif ve arızada kalma süreleri kayıt altına alınıyor mu?
		KM.6.1	Demirbaş niteliğindeki biyomedikal dayanıklı taşınırların aktif, pasif ve arızada kalma süreleri kayıt altına alınmalıdır.
		KM.6.2	Biyomedikal dayanıklı taşınırlara ait aktif, pasif, arızalı durumu MKYS'de güncel olmalıdır.
165	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.7	Sözleşme kapsamındaki biyomedikal dayanıklı taşınırların %95 aktif çalışma (uptime) süreleri ile ilgili hükümler sözleşmelerde mevcut mu?
		KM.7.1	Sözleşme (bakım,onarım vb.) kapsamındaki biyomedikal dayanıklı taşınırların %95 aktif çalışma (uptime) süreleri ile ilgili hükümler sözleşmelerde mevcut olmalıdır.
		KM.7.2	Satın alınan biyomedikal dayanıklı taşınırların garanti sözleşmelerinde %95 aktif çalışma (uptime) süreleri ile ilgili hükümler bulunmalıdır.
		KM.7.3	Sözleşme kapsamındaki biyomedikal dayanıklı taşınırların aktif, pasif ve arızada kalma süreleri kayıt altına alınmalıdır.
166	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.8	Özellikli biyomedikal dayanıklı taşınırlara yönelik elektrik dalgalanmaları ve şebeke kesintilerine karşı tedbir alınmış mı?
		KM.8.1	Sağlık tesislerinde bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırlar için kullanılan tüm jeneratör ve kesintisiz güç kaynaklarına yönelik "Elektrik Dalgalanmaları ve Şebeke Kesintilerine Karşı Kullanım, Periyodik Bakım, Acil Müdahale Plan ve Prosedürü"ne uygun iş ve işlemler yürütülmelidir.

		KM.8.2	Sağlık tesislerinde bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırılar için kullanılan tüm jeneratör ve kesintisiz güç kaynaklarının günlük ve aylık bakımları yapılmalı, bu bakımların yapıldığına dair kayıtlar bulunmalıdır.
167	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.9	Faydalı ömrünü tamamlamış biyomedikal dayanıklı taşınırların HEK'e ayrılması, kullanılamaz hale gelen biyomedikal tüketim malzemelerinin ise kullanım dışı bırakılmasında Biyomedikal Dayanıklı Taşınırların HEK'e Ayrılması Talimatı ve Biyomedikal Tüketim Malzemelerinin Kullanım Dışı Bırakılması Talimatı'na uygun işlem yapılıyor mu?
		KM.9.1	Faydalı ömrünü tamamlamış biyomedikal dayanıklı taşınırların HEK'e ayrılmasına yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır.
		KM.9.2	Faydalı ömrünü tamamlamış biyomedikal dayanıklı taşınırların HEK'e ayrılması işlemi Biyomedikal Dayanıklı Taşınırların HEK'e Ayrılması Talimatına uygun olarak yapılmalıdır.
		KM.9.3	Biyomedikal tüketim malzemelerinin kullanıma uygun olmadıklarının belirlenmesine ve kullanım dışı bırakılması işlemi yönelik Biyomedikal Tüketim Malzemelerinin Kullanım Dışı Bırakılması Talimatına uygun olarak yapılmalıdır.
168	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.10	Sağlık tesislerinde biyomedikal dayanıklı taşınırların arızalanması durumunda Biyomedikal Dayanıklı Taşınırların Arıza Bildirim ve Müdahale Süreç Talimatı kullanılıyor mu?
		KM.10.1	Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların arızalanması durumunda Biyomedikal Dayanıklı Taşınırların Arıza Bildirim ve Müdahale Süreç Talimatına uygun işlem yapılmalıdır ve kullanıcılar bu konuda bilgilendirilmelidir.
169	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.11	Sağlık tesisi tarafından evde sağlık hizmetleri kapsamında hastalara verilen biyomedikal dayanıklı taşınırların kullanımına yönelik broşür, kitapçık, kullanım kılavuzu vb. yazılı doküman mevcut mu?
		KM.11.1	Sağlık tesisi tarafından evde sağlık hizmetleri kapsamında hastalara verilen biyomedikal dayanıklı taşınırların kullanımına yönelik broşür, kitapçık, kullanım kılavuzu vb. yazılı doküman bulunmalıdır.
170	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.12	Biyomedikal dayanıklı taşınırlara yönelik periyodik teknik hizmetlerin uygulanmasına ilişkin biyomedikal tür bazlı yıllık plan mevcut mu?
		KM.12.1	Periyodik bakım yapılan biyomedikal dayanıklı taşınırlar için söz konusu işlemleri ile ilgili yıllık plan yapılmış olmalıdır.
		KM.12.2	Ölçümlemeye (metroloji) tabii biyomedikal dayanıklı taşınırlar için söz konusu işlemleri ile ilgili yıllık plan yapılmış olmalıdır.
		KM.12.3	Periyodik bakımı yılda bir olan biyomedikal dayanıklı taşınırların bakım tarihi ölçümleme (metroloji) tarihinden önce olmalıdır.

171	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.13	Biyomedikal teknik hizmetlere ait faturaların veri girişleri Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetimi Ekranında yapılıyor mu?
		KM.13.1	Biyomedikal teknik hizmetlere ait fatura içeriği Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetimi ekranında yer alan teknik hizmet türleriyle uyumlu olmalıdır.
		KM.13.2	Biyomedikal teknik hizmetlere ait fatura içeriği Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetimi ekranında yer alan biyomedikal cihaz bilgileriyle uyumlu olmalıdır.
		KM.13.3	Biyomedikal teknik hizmetlere ait fatura içeriği Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetimi ekranında yer alan ödeme bilgileriyle uyumlu olmalıdır.
		KM.13.4	Teknik Hizmet Yönetim Ekranına girilen toplam işlem tutarı TDMS 740.06.16.02 “Tıbbi Cihaz Bakım ve Onarım Giderleri” hesap kodu ile eşit olmalıdır.
172	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.14	Teknik hizmet uygulanan biyomedikal dayanıklı taşınırlara ait künye numaraları teknik servis formlarında yer alıyor mu?
		KM.14.1	Teknik servis formlarında teknik hizmet uygulanan biyomedikal dayanıklı taşınırlara ait künye numarası bulunmalıdır.
		KM.14.2	Ölçümleme (metroloji) raporlarında ölçümleme yapılan biyomedikal dayanıklı taşınırlara ait künye numarası bulunmalıdır.
173	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.15	Sağlık tesisi dışından alınan biyomedikal teknik hizmet faaliyetleri süresince hizmeti sunan kişilere sağlık tesisi ilgili personeli tarafından refakat ediliyor mu?
		KM.15.1	Sağlık tesisi dışından alınan biyomedikal teknik hizmet faaliyetleri süresince hizmeti sunan kişilere sağlık tesisi ilgili personeli tarafından refakat edilmeli, refakat ettiğine ilişkin kayıt bulunmalıdır.
174	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.16	Biyomedikal Metroloji Faaliyetleri kapsamında yapılan işlemler mevzuata uygun yapılıyor mu?
		KM.16.1	Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (poliklinik, görüntüleme, laboratuvar, servis, ameliyathane, sterilizasyon) bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların ölçümleme işlemleri ve temiz oda - özellikli ünitelerin validasyon işlemlerinin raporlamaları mevzuata uygun olmalıdır.
		KM.16.2	Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (poliklinik, görüntüleme, laboratuvar, servis, ameliyathane, sterilizasyon) bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların ölçümleme işlemleri ve temiz oda - özellikli ünitelerin validasyon işlemlerini gerçekleştiren personel niteliği mevzuata uygun olmalıdır.

		KM.16.3	Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (poliklinik, görüntüleme, laboratuvar, servis, ameliyathane, sterilizasyon) bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırın ölçümleme işlemleri ve temiz oda - özellikli ünitelerin validasyon işlemleri kapsamında kullanılan referans cihazların (kalibratör, fantom, analizör gibi) niteliği mevzuata uygun olmalıdır.
175	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.17	Merkezi gaz sistemine bağlı gaz dağıtım panolarında rutin kontroller yapılıyor mu? (Merkezi gaz sistemi bulunmayan sağlık tesisleri muaf tutulacaktır.)
		KM.17.1	Medikal gazların rutin kontrollerinin yapılmasına yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır.
		KM.17.2	Medikal gazların merkezi kontrol panolarının basınç ve akış kontrolleri günlük olarak yapılmalı ve ölçülen/gözlemlenen değerler kayıt altına alınmalıdır.
		KM.17.3	Merkezi ünitelerde olumsuz durumlarda işitsel ve görsel uyarı veren kontrol yapıları bulunmalıdır.
		KM.17.4	Medikal gaz merkezi ve medikal gazların kat kontrol panolarının periyodik bakımları yapılmalıdır.
176	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.18	Hizmet Alımı Personeline yönelik İşçi Sayısı Tespit Sistemine (İSTS) bildirim yapılıyor mu?
		KM.18.1	Hizmet Alımı ile edinilen insan kaynağı (Biyomedikal Teknik Hizmet Alımı, Karşılama ve Yönlendirme, Bilgi İşlem, Teknik Eleman, Temizlik, Güvenlik gibi) dönemsel olarak İşçi Sayısı Tespit Sistemine bildirilmelidir
		KM.18.2	İşçi Sayısı Tespit Sistemine bildirilen sayı ile bildirim yapılan birimlerde görevli hizmet alımı personel sayısı uyumlu olmalıdır.
		KM.18.3	Bildirilen Biyomedikal Teknik Hizmet Alımı her personel için görev tanımı bulunmalı, sağlık tesisi ilgili personeli tarafından bu görevler her personele tebliğ edilmeli, ve personel tarafından tebellüğ edilmelidir.
		KM.18.4	Bildirilen Biyomedikal Teknik Hizmet Alımı her personele yönelik iş emri kayıtları tutulmalıdır.
177	BİYOMEDİKAL DEPO	BD.1	Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt Kontrol Yetkilileri mevzuata uygun şekilde görevlendirilmiş mi?
		BD.1.2	Görevlendirilen Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt Kontrol Yetkilileri teknik hizmetler sınıfından olmalıdır. (A1 genel, A2 genel ve B grubu sağlık tesisleri için geçerlidir.)
178	BİYOMEDİKAL DEPO	BD.2	Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt ve Kontrol Yetkililerine yönelik eğitim dokümanları mevcut mu?

		BD.2.1	Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt ve Kontrol Yetkililerine Klinik Mühendislik Hizmetleri Birimleri tarafından biyomedikal dayanıklı taşınır sınıflandırma (tür, tanım, taşınır kod gibi) ve biyomedikal dayanıklı taşınırlara yönelik teknik bilgi verilmelidir.
		BD.2.2	Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt ve Kontrol Yetkililerine Klinik Mühendislik Hizmetleri Birimleri tarafından klinik mühendislik ekranlarının kullanımına yönelik teknik bilgi verilmelidir.
179	BİYOMEDİKAL DEPO	BD.3	İstatistik biriminin biyomedikal dayanıklı taşınırlar ile ilgili tuttuğu veriler ve biyomedikal dayanıklı taşınır depo kayıtları birbiri ile uyumlu mu?
		BD.3.1	İstatistik biriminin biyomedikal dayanıklı taşınırlar ile ilgili tuttuğu veriler ile biyomedikal dayanıklı taşınır depo kayıtları birbiri ile uyumlu olmalıdır.
		BD.3.2	Sağlık Tesisinin mevcut durumu ile biyomedikal dayanıklı taşınır depo kayıtları birbiri ile uyumlu olmalıdır.
180	BİYOMEDİKAL DEPO	BD.4	Biyomedikal dayanıklı taşınır depo kapsamındaki hesap kodlarında kayıtlı olan ancak biyomedikal dayanıklı taşınır niteliğinde olmayan malzemelerin uygun depolara devirleri yapılmış mı?
		BD.4.1	Biyomedikal Dayanıklı Taşınır Depo kapsamındaki hesap kodlarında kayıtlı olan ancak biyomedikal dayanıklı taşınır niteliğinde olmayan demirbaşların uygun depolara devirleri yapılmalıdır.
		BD.4.2	Biyomedikal Dayanıklı Taşınır Depo kapsamındaki hesap kodlarında kayıtlı olan ancak tüketim malzemesi niteliğinde olan malzemelerin uygun depolara devirleri yapılmalıdır.
181	BİYOMEDİKAL DEPO	BD.5	Özellikli sağlık araçlarında bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların depo kaydı mevcut mu?
		BD.5.1	Özellikli sağlık araçlarında bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların depo kaydı bulunmalıdır.
182	BİYOMEDİKAL DEPO	BD.6	Sağlık Tesisi tarafından kullanılan yazılımların depo kaydı mevcut mu?
		BD.6.1	Satın alınan yazılımların 267-01 altında ilgili 2. Düzey Taşınır Kodunda depo kaydı olmalıdır.
		BD.6.2	Hizmet alımı yapılan veya süreli olarak edinilen yazılımların TDMS 740.99.03.04 “Bilgisayar, Bilgisayar Sistemleri ve Yazılımları Kiralaması Giderleri” hesap kodundan kayıt altına alınması gerekmektedir.
		BD.6.3	Hizmet alımı yapılan veya süreli olarak edinilen yazılımların Dayanıklı Taşınır Hizmet Alım Ekranında kaydı olmalıdır.
183	BİYOMEDİKAL DEPO	BD.7	Biyomedikal dayanıklı taşınırların ve tüketim malzemelerinin satın alma süreçlerinde kullanılan tanımlamalar depo kayıtlarına uygun mu?
		BD.7.1	Biyomedikal dayanıklı taşınır ve tüketim malzemelerinin satın alma süreçlerinde kullanılan malzeme isimleri ile MKYS tanımları aynı olmalıdır.

		BD.7.2	Biyomedikal dayanıklı taşınır ve tüketim malzemelerine ait teknik şartnamelerde tıbbi cihaz kapsamındaki malzemelerin TİTUBB kayıtlarının olması ile ilgili madde bulunmalıdır.
184	BİYOMEDİKAL DEPO	BD.8	Biyomedikal dayanıklı taşınırlara ve tüketim malzemelerine ait fatura içeriği depo kayıtlarına uygun mu?
		BD.8.1	Biyomedikal dayanıklı taşınırlara ve tüketim malzemelerine ait fatura içeriği depo kayıtlarına uygun olmalıdır.
		BD.8.2	Biyomedikal dayanıklı taşınır ve tüketim malzemelerine ait faturalarda TİTUBB bilgisi bulunmalıdır.
185	BİYOMEDİKAL DEPO	BD.9	Biyomedikal tüketim malzemesi istem belgelerinde istenilen malzemenin tanımı ve kullanılacağı taşınıra ait künye bilgisi mevcut mu?
		BD.9.1	Biyomedikal tüketim malzemesi istemi yapılırken, yazılım üzerinden düzenlenen ve/veya matbu formdaki istem belgelerinde malzemenin kullanılacağı dayanıklı taşınıra ait künye bilgisinin doldurulacağı alan bulunmalıdır.
		BD.9.2	Bu istem belgelerinde künye bilgisi alanı istem yapan personel tarafından doldurulmuş olmalıdır.
		BD.9.3	İstem belgesinde bulunan malzeme tanımı MKYS Biyomedikal Tüketim Malzemeleri Sınıflandırma Sistemi ile uyumlu olmalıdır.
186	BİYOMEDİKAL DEPO	BD.10	Biyomedikal dayanıklı taşınırlar sağlık tesisi dışına çıkarıldığında, MKYS “Malzeme İşlemleri” modülünden emanet çıkışı ve emanet iade işlemleri yapılıyor mu?
		BD.10.1	Biyomedikal dayanıklı taşınırlar teknik hizmet kapsamında sağlık tesisi dışına çıkarıldığında, MKYS “Malzeme İşlemleri” modülünden emanet çıkışı yapılmalı, emanet çıkışı yapılan dayanıklı taşınıra ait çıkış TİF’i dayanıklı taşınırı teslim eden ve teslim alan tarafından imzalanmalıdır.
		BD.10.2	Biyomedikal dayanıklı taşınırlar sağlık tesisine geri iade edildiğinde, MKYS “Malzeme İşlemleri” modülünden emanet iade işlemi yapılmalı, emanet iade işlemi yapılan dayanıklı taşınıra ait giriş TİF’i dayanıklı taşınırı teslim eden ve teslim alan tarafından imzalanmalıdır.
187	BİYOMEDİKAL DEPO	BD.11	Piyasa Gözetimi ve Denetimi (PGD) Uyarı Sistemine yönelik yapılan iş ve işlemler "PGD ve Olumsuz Olay Bildirim Talimatına" uygun yapılıyor mu?
		BD.11.1	Biyomedikal Depolar kapsamında Piyasa Gözetimi ve Denetimi (PGD) Uyarı Sistemine yönelik yapılacak iş ve işlemlerle ilgili yazılı bir talimat mevcut olmalı, yapılan iş ve işlemler talimata uygun yapılmalıdır.
188	BİYOMEDİKAL DEPO	BD.12	Sağlık tesisinde bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların zimmet bilgisi MKYS’de mevcut mu?
		BD.12.1	Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde her alanda bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların zimmetli olduğu personel ya da zimmetli olduğu kullanım yeri bilgisi güncel olmalıdır.
		BD.12.2	Zimmet sahibi tarafından zimmet fişi imzalanmış olmalı ve bir nüshası zimmet sahibinde bulunmalıdır.