

ADSM/ADSH YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ			
NO	BÖLÜM	KOD	SORU
1	POLİKLİNİKLER	P.1	Poliklinik girişinde gerekli düzenlemeler yapılmış mı?
		P.1.1	Poliklinik bina girişlerinde, poliklinik kat girişlerinde (veya asansör çıkışları karşısında) güncel sağlık tesisi krokileri bulundurulmalıdır.
		P.1.2	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.
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	Hastane bilgi rehberi, tanıtıcı broşür, bilgisayar ve telefon vb olmalıdır.
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 hizmetlerinde öncelik grubuna giren hastalara yönelik gerekli düzenlemeler yapılmış mı?
		P.5.1	Poliklinik hizmeti almak için hastaneye başvuran öncelikli hastalar grubu ilan edilmelidir.
		P.5.2	Hasta kayıt kabul birimi tarafından kayıt işlemleri öncelikli olarak gerçekleştirilmelidir.
		P.5.3	Yaşlı ve engelli vatandaşların öncelikli oturmalarını sağlayacak (ayrılmış oturma grupları veya önceliği belirten uyarı levhaları vb.) düzenlemeler olmalıdır.
6	POLİKLİNİKLER	P.6	Hekimlerin günlük ve aylık çalışma listeleri poliklinik danışma birimlerinde bulunuyor mu?
		P.6.1	Günlük ve aylık hekim çalışma listeleri oluşturulmalıdır.
		P.6.2	Günlük ve aylık hekim çalışma listeleri hasta kabul/poliklinik sekreterliği, santral, danışma ve halkla ilişkiler gibi bilgilendirme birimlerinde bulunmalıdır.
7	POLİKLİNİKLER	P.7	Poliklinik muayene başlama ve bitiş saatleri belirlenerek hastaların görebileceği bir şekilde ilan edilmiş mi?
		P.7.1	Poliklinik muayene başlama ve bitiş saatleri belirlenmelidir.
		P.7.2	Poliklinik muayene başlama ve bitiş saatleri web sayfasında ve poliklinik girişi ile hasta kayıt biriminde hastaların görebileceği bir şekilde ilan edilmelidir.
8	POLİKLİNİKLER	P.8	Muayene odası girişlerinde uygun düzenleme yapılmış mı?
		P.8.1	Muayene odalarının girişlerinde hekimlerin isimleri ve uzmanlık alanları yazılmalıdır.
		P.8.2	Her muayene odası girişinde, hastanın ismi veya sıra numarasını görebilmesi için, elektronik sistem kurulmalı ve çalışır durumda olmalıdır.
		P.8.3	İsminin açıklanmasını istemeyen hastalar için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.
9	POLİKLİNİKLER	P.9	Sağlık tesisinde görev yapan her dış hekimine ait bir dış üniti var mı?
		P.9.1	Aktif olarak poliklinik yapan her dış hekimine bir dış üniti tahsis edilmelidir.
10	POLİKLİNİKLER	P.10	Poliklinikte muayene ve tedavi alanlarında mahremiyete yönelik düzenlemeler yapılmış mı?
		P.10.1	Dış muayene ve tedavi alanlarında mahremiyete yönelik fiziki düzenleme yapılmalıdır.
		P.10.2	Dış hekim muayene veya tedavi sırasında ünitesine ikinci bir hastayı almamalıdır.
		P.10.3	Dış ünitesinde hasta varken, odada görevli personel dışında kimse (hasta yakını hariç) bulunmamalıdır.
11	POLİKLİNİKLER	P.11	Polikliniklerde el hijyeni sağlamaya yönelik lavabo, el antiseptiği, sabun, kâğıt havlu bulunuyor mu?
		P.11.1	Polikliniklerde el hijyeni sağlamaya yönelik lavabo, el antiseptiği, sabun, kâğıt havlu bulunmalıdır.
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, reçete, rapor, sistemik hastalık ikazı vb...) HBYS üzerinden oluşturulmalıdır.
		P.12.2	Hekimler devam eden MHRS işlem randevularını HBYS üzerinden verebilmelidir.
		P.12.3	Hasta yatışları başka bir işleme mahal bırakmadan poliklinikten yapılabilmelidir (ADSH larda değerlendirilecektir).
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 alt değiştirme alanı bulunmalıdır.
		P.13.5	İklimlendirmesi 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 giriş işlemlerinin beklemeden yapılması için gerekli önlemler alınmalıdır.
		P.14.2	MHRS den randevu alan hastaların muayene oldukları saat ile randevu saati arasında 30 dakikadan fazla gecikme olmamalıdır.
15	POLİKLİNİKLER	P.15	Yapılan protezlerin safhaları (özellikle ölçüler) HBYS'ye zamanında ve eksiksiz kayıt ediliyor mu?

		P.15.1	Protez işlemlerinin safhaları HBYSye zamanında eksiksiz kayıt edilmelidir.
16	POLİKLİNİKLER	P.16	Uygulanan tedavi süreçlerine ilişkin düzenlemeler yapıyor mu?
		P.16.1	Konservatif tedavi, endodontik tedavi, protez randevu süreleri sağlık tesisi tarafından belirlenmelidir.
		P.16.2	Sağlık tesisi tarafından belirlenen sürelerle uyulmalıdır.
		P.16.3	Gecikme süreleri ile ilgili analiz yapılmalıdır. DÖF ve analiz kayıtları olmalıdır.
17	POLİKLİNİKLER	P.17	Poliklinikte alınan protez ölçülerinin dezenfeksiyonu ile ilgili düzenleme var mı?
		P.17.1	Poliklinikte alınan protez ölçülerinin dezenfeksiyonu ile ilgili yazılı düzenleme olmalıdır.
		P.17.2	Poliklinikte alınan protez ölçülerinin dezenfeksiyonu, yazılı düzenlemeye uygun yapılmalıdır.
18	POLİKLİNİKLER	P.18	Poliklinikte alınan protez ölçülerinin transferi ile ilgili düzenleme var mı?
		P.18.1	Poliklinikte alınan protez ölçülerinin, laboratuvara transferini kimin yapacağı tanımlanmış olmalıdır. (Transfer hasta tarafından yapılmamalıdır).
		P.18.2	Ölçüler dezenfeksiyonu yapılmış halde ağız kapalı hastaya özel kap ya da kilitli poşetlerde yapılmalıdır.
		P.18.3	Ölçü kaplarının üzerinde hasta kimlik bilgilerinin olduğu etiketler bulunmalıdır.
		P.18.4	Transfer sağlık tesisi tarafından hazırlanan yazılı düzenlemeye uygun olarak yapılmalıdır.
19	POLİKLİNİKLER	P.19	Polikliniklerde kullanılan ilaç ve sarf malzemelerine ait düzenleme yapılmış mı?
		P.19.1	Kullanılan ilaç ve sarf malzemeler prospektüsüne uygun ortamda saklanmalıdır.
		P.19.2	Kullanılacak lokal anestezikler, diğer ilaçlar ya da kimyasal maddeler hastaya özel hazırlanmalıdır.
20	POLİKLİNİKLER	P.20	Hastalar tedavi öncesi diş hekimi tarafından uygulanacak tedavi konusunda bilgilendirilerek onayı alınıyor mu?
		P.20.1	Bilgilendirilmiş onam formları her girişimsel işlem için ayrı olarak düzenlenmelidir. (Onam formu iki nüsha olarak imza altına alınmalı ve bir nüshası hastanın dosyasına konulmalı, diğeri ise hastaya veya kanuni temsilcisine verilmelidir.)
		P.20.2	Alınan onamlarda hasta/hasta yakınının kendi el yazısı ile yazılmış “okudum, anladım” ifadesi ve imzası, bilgilendirmeyi yapan hekim adı soyadı, kaşesi, tarih, saat ve imzası bulunmalıdır.
		P.20.3	Alınan onamlar arşivlenmelidir.
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, kavitron vb.) sterilize edilmelidir.
22	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	Radyasyon yayan cihazlarla yapılan tetkik işlemlerinin yapıldığı odalara bir hastanın işlemi bitmeden başka hasta alınmamalıdır.
		DG.1.4	Tetkik odalarının havalandırılması aspiratör, vasistas tipi pencere veya merkezi havalandırma sistemi ile sağlanmalıdır.
		DG.1.5	Radyasyon yayan cihazların bulunduğu alanlarda, iyonize havanın dışarıya atılmasını sağlayan zemine yakın yerleştirilmiş aspirasyon sistemi bulunmalıdır.
		DG.1.6	Radyasyon yayan cihazların kumanda ünitesinin bulunduğu odada da şuay dışarı atabilmek için alt seviyeden emişi sağlayan aspiratör konulmalıdır.
		DG.1.7	Kumanda ünitesinin çekim odasının dışında olması durumunda, oda duvarına hastayı görebilecek şekilde kurşun eşdeğerli camı bulunan bir pencere açılmalıdır.
		DG.1.8	Kumanda ünitesinin çekim odasının içinde olması durumunda, kumanda ünitesi hasta masasından en az 200 cm uzaklığa yerleştirilmeli ve önüne üzerinde kurşun eşdeğerli cam penceresi olan ‘L’ şeklinde ,en az 200 cm yüksekliğinde ve uzun kenarı 100 cm kısa kenarı 50 cm eninde bir paravan konulmalıdır.
		DG.1.9	Dental görüntüleme ünitesinde bekleme alanları oluşturulmalıdır.
23	DENTAL GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ	DG.2	Radyoloji ünitelerinde çalışan ve hasta güvenliğine yönelik düzenlemeler yapılmış mı?
		DG.2.1	Radyoloji ünitesinde çalışan personel kişisel dozimetre taşımali ve ölçüm kayıtları kontrol edilmelidir.
		DG.2.2	Radyoloji ünitesinde çalışan personelin 6 ayda bir kez hemogram, periferik yayma , yılda bir kez tiroid fonksiyon testleri, göz ve dermatolojik muayeneleri yapılmalıdır.
		DG.2.3	Çalışan ve hasta güvenliğini sağlamak amacıyla kişisel koruyucu malzemeler(kurşun önlük,çocuk ve erişkin boylarında tiroid ve gonad koruyucu vb.) kullanılmalıdır.
		DG.2.4	Kişisel koruyucu ekipmanlar uygun şekilde muhafaza edilmeli ve en fazla üç aylık periyotlarda koruyuculuğundan emin olmak için floroskopi, skopi veya röntgen filmi ile kontrol edilmelidir.
24	DENTAL GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ	DG.3	Tanısal görüntüleme tetkik istemlerinde, klinik endikasyon belirtiliyor mu? (ön/kesin tanı)
		DG.3.1	Tanısal görüntüleme tetkik istemlerinde, klinik endikasyon belirtilmiş olmalıdır. (ön/kesin tanı)
25	DENTAL GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ	DG.4	Sağlık tesisinde bulunan radyoloji ünitelerinin TAEK lisansı var mı?
		DG.4.1	Sağlık tesisinde bulunan radyasyon yayan cihazların (periapikal,panoramik, vg)TAEK lisansı güncel olmalıdır.
26	DIŞ PROTEZ LABORATUVARLARI	DPL.1	Protez laboratuvarı alt yapısı, çalışan güvenliği ve hizmet kalitesi açısından uygun şartlarda mı?
		DPL.1.1	Tüm yüzeyler pürüzsüz, gözeneksiz, kolay temizlenebilir, yıkamaya dayanıklı ve dezenfekte edilebilir nitelikte olmalıdır.
		DPL.1.2	Akril işlemi sırasında ortamda oluşan gazların bertarafına yönelik kabin veya vakum sistemi olmalıdır.
		DPL.1.3	Vakum sistemi diş protez teknisyeninin inhalasyonunu engelleyecek seviyede yapılandırılmış olmalıdır.
		DPL.1.4	Emilen hava filtre edilerek direkt dış ortama atılmalıdır.
		DPL.1.5	Kişisel koruyucu ekipmanlar laboratuvarıda bulunmalı ve kullanılmalıdır.(kimyasal maruziyeti engelleyecek iş güvenliği eldiveni, güvenlik gözlükleri, TS EN 149 standartına uygun endüstriyel toz maskeleri, vakumlu toz emicili çalışma masası)
27	DIŞ 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, analiz edilmeli ve DÖF'ler uygulanmalıdır.
28	DİŞ PROTEZ LABORATUVARLARI	DPL.3	Laboratuvara 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 gerekli DÖF' ler uygulanmalıdır.
29	DİŞ PROTEZ LABORATUVARLARI	DPL.4	Protezlerin ara safha ve teslim süreleri belirlenmiş mi?
		DPL.4.1	Protezlerin ara safha ve teslim süreleri belirlenmelidir
		DPL.4.2	Protezlerin ara safha ve teslim sürelerine uygun çalışılmalıdır.
		DPL.4.3	Protezlerin teslim süreleri konusunda hastalar bilgilendirilmelidir.
		DPL.4.4	Protezlerin teslim sürelerindeki gecikmeler takip edilmeli ve kayıt altına alınmalıdır.
		DPL.4.5	Protezlerin teslim sürelerindeki gecikmeler analiz edilmeli ve DÖF ler düzenlenmelidir.
30	DİŞ PROTEZ LABORATUVARLARI	DPL.5	Sabit protez yapılan hastalarda geçici protez yapılıyor mu?
		DPL5.1	Sabit protez yapılan hastalarda geçici protez yapılmalıdır .
31	DİŞ PROTEZ LABORATUVARLARI	DPL.6	Laboratuvarlarda el hijyeni sağlamaya yönelik düzenlemeler bulunuyor mu?
		DPL.6.1	El hijyeni sağlamaya yönelik lavabo, el antiseptiği, sabun, kâğıt havlu bulundurulmalıdır.
			SERVİS BÖLÜMÜNDEKİ SORULAR ADSD'DE DEĞERLENDİRİLECEKTİR.
32	SERVİS	S.1	Yatışı yapılan her hastaya kimlik tanımlayıcı kullanılıyor mu?
		S.1.1	Yatışı yapılan her hastaya kimlik tanımlayıcı kullanılmalıdır.
		S.1.2	Kimlik tanımlayıcı ad soyad, protokol numarası ve doğum tarihi (gün/ay/yıl) içermeli okunaklı ve matbu şekilde düzenlenmiş olmalıdır.
		S.1.3	Tanı ve tedavi için yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanmalıdır.
33	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.
34	SERVİS	S.3	Servislerde el hijyeni sağlamaya yönelik düzenlemeler bulunuyor mu?
		S.3.1	Servislerde el hijyeni sağlamaya yönelik lavabo, el antiseptiği, sabun, kâğıt havlu bulunmalıdır.
35	SERVİS	S.4	Hasta bakım ihtiyaçları göz önüne alınarak değerlendiriliyor mu?
		S.4.1	Hastanın beslenme, rehabilitasyon, ağrı ve psikolojik destek ihtiyaçları değerlendirilmelidir.
		S.4.2	Değerlendirme sonuçları, hasta dosyasına kayıt edilmelidir.
36	SERVİS	S.5	Hastaların düşme riskini azaltacak önlemler alınmış mı?
		S.5.1	Hastalar sağlık tesisinin belirlediği düşme risk değerlendirme ölçeği ile değerlendirilmelidir. Hastanın klinik durumuna göre düşme riski değerlendirmesi belirli aralıklarla tekrar edilmelidir.
		S.5.2	Hastaların düşme risk değerlendirmesi sonucuna göre kendisine ve refakatçisine düşme riski eğitimi verilmelidir.
		S.5.3	Hastane kaynaklı düşme riskini azaltacak önlemler alınmalıdır. -Zemin, merdiven basamakları vb. yerler kaymaya neden olmayacak şekilde düzenlenmeli, ıslak ve kaygan zeminlerde uyarı levhaları konulmalı, -Sedye, tekerlekli yatak ve sandalyelerin, hasta ve çalışanlara çarpmayacak şekilde, frenleri kilitli olmalı, -Hasta yatakları, sedyeler ve diğer hasta taşıma araçlarında düşmelere engel olacak şekilde korkuluk, kemer vb. kullanılmalı, -Hasta odasında kullanılmayan malzemeler bulunmamalı, -Telefon, çağrı zili ve diğer ulaşması gereken malzemeler hastanın uzanmadan alabileceği mesafede olmalı, -Yeterli aydınlatma sağlanmalıdır
37	SERVİS	S.6	Hasta ve hasta yakınlarına hekim tarafından hastalığı hakkında bilgilendirme yapılıyor mu?
		S.6.1	Hasta ve hasta yakınlarına hekim tarafından hastalığı hakkında bilgilendirme yapılmalıdır.
			Hasta ve yakınlarına tedaviyi reddetme veya sonlandırma hakları, kararlarının doğurabileceği sonuçlar ve sorumluluklar hakkında bilgilendirilme yapılmalı ve yapılan bilgilendirmeler kayıt altına alınmalıdır.
38	SERVİS	S.7	Hastanın hekim tarafından yapılan tıbbi değerlendirmeleri, günlük takip ve tedavileri kayıt altına alınıyor mu?
		S.7.1	Servise yatışı yapılan hastalara hekim tarafından 24 saat içinde değerlendirme (anamnez, fizik muayene) yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.
		S.7.2	Hastanın tıbbi değerlendirmeleri ve günlük takipleri kayıt altına alınmalıdır.
		S.7.3	Her hastaya günlük olarak, hekimin adı soyadı, tarihi, imzası, ilaç ismi, ilaçların kullanım şekli, veriliş süresi, dozu, hızı, hastanın yatış yapılmadan önce kullandığı ve kullanmaya devam edeceği ilaçlar ve bakım planı içeren order verilmelidir.
39	SERVİS	S.8	Hasta mahremiyetini sağlamak üzere gerekli düzenlemeler yapılmış mı?
		S.8.1	Hastayı hazırlama işlemleri esnasında (hastaya ameliyat öncesi önlük giydirme, bone takma) ve transferi sırasında mahremiyet esaslarına dikkat edilmelidir.
		S.8.2	Birden fazla hastanın bulunduğu odalarda hasta mahremiyetini sağlayacak düzenlemeler (perde, paravan vb.) bulunmalıdır.
		S.8.3	Hasta dosyalarına yetkisiz kişilerin erişiminin engellenmesi için gerekli önlemler alınmalıdır.
40	SERVİS	S.9	Acil müdahale seti kullanıma hazır durumda bulunuyor mu?
		S.9.1	Acil müdahale seti kolay ulaşılabilir konumda olmalıdır.
		S.9.2	Acil müdahale seti içindeki tıbbi cihazların kontrolleri yapılmış olmalıdır.
		S.9.3	Acil müdahale setinde bulunan ilaç ve malzemelerin son kullanım tarihlerinin ve miktarlarının kontrolü yapılmış olmalıdır.
41	SERVİS	S.10	Hareket kısıtlama kararı alınan hastalarda tedavi planında uygulama başlangıç ve sonlandırma zamanı, takip aralıkları belirtilmiş mi?
		S.10.1	Hareket kısıtlama kararı alınan hastalarda tedavi planında uygulama başlangıç ve sonlandırma zamanı, takip aralıkları belirtilmiş olmalıdır.
		S.10.2	Kısıtlılığın devamı ile ilgili karar en geç 24 saatte bir tekrar gözden geçirilmelidir.(Günübirlik operasyonlarda değerlendirilmeyecektir.)
42	SERVİS	S.11	Eczaneden servise gelen ilaçlar, tedavi odasında her hasta için ayrı olarak muhafaza ediliyor mu?

		S.11.1	Eczaneden hasta bazlı çıkışı yapılan ilaçlar, servislerde de hasta bazlı olarak muhafaza edilmelidir.
		S.11.2	İlaçlar kullanımı esnasında hastaya özel, hastanın kimlik tanımlayıcı bilgilerini içeren kapalı kaplarda verilmelidir.
43	SERVİS	S.12	İlaçların uygulanma zamanı, dozu, uygulama şekli ve uygulayan personelin ismi kayıt altına alınıyor mu?
		S12.1	İlaçların uygulanma zamanı, dozu, uygulama şekli ve uygulayan personelin ismi kayıt altına alınmış olmalıdır.
		S12.2	I.V. olarak ilaç infüzyonu uygulanıyorsa, verilen ilacın adı, dozu, infüzyon başlangıç saati, verilmiş süresi ve hastanın adı mayı üzerinde belirtilmelidir.(etiket vb.)
44	SERVİS	S.13	Hasta odaları uygun fiziki düzenlemelere sahip mi?
		S.13.1	Hasta odaları uygun fiziki düzenlemelere sahip olmalıdır. *Her yatağın başında tıbbi gaz sistemine bağlı hasta başı paneli bulunmalıdır. *Refakatçılarının dinlenmesi için pozisyon verilebilen koltuk, kanepeler vb. bulunmalıdır. *Yatak başı bağlantılı hemşire çağrı sistemi bulunmalıdır. *Hastaların kullandığı tüm banyo ve tuvaletlerde (ortak kullanılan banyo ve tuvaletler dahil) hemşire çağrı sistemi bulunmalıdır.
45	SERVİS	S.14	Serviste görev yapan personele ait giyinme ve dinlenme odaları mevcut mu?
		S.14.1	Serviste görev yapan personele ait giyinme ve dinlenme odaları bulunmalıdır.
46	SERVİS	S.15	Servise yatan hastalara hemşire tarafından bilgilendirme yapılıyor ve gerekli eğitimler veriliyor mu?
		S.15.1	Hastanın servise kabulünde hasta/hasta yakını aşağıdaki konularda bilgilendirilmelidir: *Hastaya 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 ve her hastaya ve yakınlarına genel sağlık ve taburculuk sonrası bakım hakkında bilgi verilmelidir.
		S.15.2	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 bilgilendirme kayıtları dosyada bulunmalıdır.
		S.15.3	*Hasta ve yakınlarına genel sağlık ve taburculuk sonrası bakım hakkında bilgi verilmelidir: * Hastalığı konusunda genel bilgiler ve tedavi planı, * İlaç uygulamaları; ilaçların isimleri, kullanım saatleri ve sıklığı, 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 başvuruabileceği telefon vb...
		S.15.4	Hasta dosyasında eğitimlerin kayıtları olmalıdır.
47	SERVİS	S.16	Servislerde tıbbi sarf malzeme yönetimi uygun olarak yapılıyor mu?
		S.16.1	Tıbbi sarf deposundan; Servise verilen tıbbi sarf malzemeler en fazla 5 günlük miktarda olmalıdır. Servis sorumlu hemşiresi tarafından yapılan rutin kontrollerde stok hareketi görmeyen tıbbi sarf malzemelerin iade formu düzenlenmek suretiyle tıbbi sarf depoya depoya iadesi yapılmalıdır.
		S.16.2	Hastalara tedavileri sırasında uygulanan tıbbi sarf malzemelerden kaynaklanan beklenmeyen etki ile karşılaşılması durumunda bildirim yapılacak materyovijilans sorumlusu bilinmelidir. Medikal malzemelerden kaynaklanan olumsuz olayların uyarı sistemine bildirim hakkında yazılı düzenleme bulunmalıdır.
48	SERVİS	S.17	Bilgilendirilmiş onam formları her hastaya girişimsel işlem ve tedavi için ayrı olarak düzenlenmiş mi?
		S.17.1	Bilgilendirilmiş onam formları her girişimsel işlem ve tedavi için ayrı olarak düzenlenmelidir.(Onam formu iki nüsha olarak imza altına alınmalı ve bir nüshası hastanın dosyasına konulmalı, diğeri ise hastaya veya kanuni temsilcisine verilmelidir.)
		S.17.2	Alınan onamlarda hastanın kendi el yazısıyla yazılmış "okudum anladım" ifadeleri ve imzası, bilgilendirmeyi yapan hekimin adı,soyadı,kasesi, tarih,saat ve imzası bulunmalıdır.
49	SERVİS	S.18	Epikriz eksiksiz dolduruluyor mu?
		S18.1	Epikrizde; 1- Yatış sebebi,tanımlar ve eşlik eden hastalıklar, 2-Önemli fiziksel ve diğer bulgular, 3-Uygulanan diagnostik ve iyileştirici işlemler, 4-Taburcu sonrası kullanacağı ilaçlar, 5-Taburcu edilme esnasındaki sağlık durumu, 6-Hastanın taburculuğu sonrası bakımına yönelik bilgilendirme /planlama yazılmış olmalıdır.
		S18.2	Taburcu olan hastanın dosyasında, epikrizin hastaya verildiğine dair hasta veya yakınının imzası bulunmalıdır.
50	SERVİS	S.19	Serviste ilaç yönetimi uygun olarak yapılıyor mu?
		S.19.1	Benzer görünüşe, okunuşa ve yazılışa sahip ilaçlar ile aynı ilacın farklı dozlarının karışmamasına yönelik özel bir düzenleme yapılmalıdır.
		S.19.2	Yüksek riskli ilaçların listeleri oluşturulmalı ve diğer ilaçlardan farklı bir alanda muhafaza edilmelidir.
		S.19.3	Narkotik ilaçlar erişimi kısıtlanarak uygun şekilde saklanmalıdır
		S.19.4	Narkotik ilaçların devir teslim tutanakları kayıt altına alınmalıdır.
		S.19.5	İlaçların kırılması, kaybolması veya miadının geçmesi durumunda yapılacaklar ile ilgili yazılı düzenleme bulunmalıdır.
		S.19.6	İlaçların kullanılmayan yarım dozları takip edilmelidir.Yarım kalması durumunda yapılacaklar ile ilgili yazılı düzenleme bulunmalıdır.
		S.19.7	İlaçlarda advers etki ile karşılaşılınca bildirim yapılacak farmakovijilans sorumlusu bilinmelidir. Advers etki bildirimine yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır.

		S.19.8	Soğuk zincire tabi ilaçlar; soğuk zincirin kırılmasını engelleyecek şekilde uygun şartlarda muhafaza edilip, hastaya uygulanmalıdır. Muhafaza sırasında uyarı veren dijital dereceler (data-loggerlar) gibi teknolojiler kullanılmalıdır. Dijital aktarımı sağlayan teknolojiler ile belirli periyotlarda rapor alınıp servis sorumlu hemşiresi tarafından imzalanıp arşivlenmelidir.
		S.19.9	İlaç geçimsizlikleri ile ilgili görsel uyarı ve bilgilendirme dokümanları ilaç hazırlama bölümlerinde bulunmalıdır. Geçimsizlik tespit edildiği durumlarda gerçekleştirilecek işlemleri açıklayan yazılı düzenleme bulunmalıdır.
		S.19.10	HBYS üzerinden, servislerden istemi yapılan hasta tabelalarındaki ilaçlar; hasta taburcu olduğunda, exitus olduğunda, başka kuruma sevk edildiğinde veya lüzum halindekiler kullanılmadığı zaman 24 saat içinde ilgili birim sorumlusu tarafından hasta bazlı olarak ,ilaç iade formu doldurularak eczaneye iade edilmelidir.
		S.19.11	Servislerde bulunan ilaç miktarları ile HBYS üzerinde görülen servis ilaç miktarları ve miad kontrolleri uyumlu olmalıdır.
		S.19.12	Işıktan korunması gereken ilaçlar için gerekli düzenleme yapılmalıdır.
			AMELİYATHANE BÖLÜMÜNDEKİ SORULAR ADŞH'DE DEĞERLENDİRİLECEKTİR.
51	AMELİYATHANE	A.1	Ameliyathane giriş/çıkış koşulları uygun şekilde düzenlenmiş mi?
		A.1.1	Personel ve hasta giriş/çıkışı ayrı olarak düzenlenmelidir.
		A.1.2	Personel girişinin genel kullanım alanları ile doğrudan bağlantısı engellenerek kontrollü geçişi sağlanmalıdır.
		A.1.3	Ameliyathane girişinde sedye değişimi yapılmalıdır.
		A.1.4	Lokal ameliyathane için gelen hastalar da, transfer ve ameliyathane giriş/çıkış kurallarına uymalıdır.
		A.1.5	Hastanın ameliyathaneye geliş ve gidişi sağlık personeli eşliğinde olmalıdır.
		A.1.6	Hasta ameliyathaneye uygun kıyafet ile gelmelidir. (Lokal anestezi alacak hastalar da dâhil.)
52	AMELİYATHANE	A.2	Hasta yakınları için bekleme ve bilgilendirme koşulları sağlanmış mı?
		A.2.1	Hasta yakınının bekleme alanı/odasında hasta yakınlarının hastalarıyla ilgili bilgi alabilmelerini sağlayacak düzenlemeler (görevlendirilmiş personel veya bilgilendirme ekranı) bulunmalıdır.
		A.2.2	Bilgilendirme hasta mahremiyeti dikkate alınarak yapılmalıdır.
53	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 geçenler terlik/galoş ve uygun kıyafet giymelidir.
		A.3.3	Steril alana geçişte, terlik değiştirilmeli, bone ve maske takılmalıdır.
54	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.)
55	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 esaslılar 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 personeline uygun alanda dinlenme odası düzenlenmelidir.
		A.5.5	Steril alanda, yarı-steril alandan geçiş dışında dışarı açılan hiçbir kapı, pencere vb. unsur bulunmamalıdır.
56	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.
57	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.
58	AMELİYATHANE	A.8	Ameliyathanede ilaç yönetimi uygun olarak yapılıyor mu?
		A.8.1	Benzer görünüme, okunuşa ve yazılışa sahip ilaçlar ile aynı ilacın farklı dozlarının karışmamasına yönelik özel bir düzenleme yapılmalıdır.
		A.8.2	Yüksek riskli ilaçların listeleri oluşturulmalı ve diğer ilaçlardan farklı bir alanda muhafaza edilmelidir.
		A.8.3	Narkotik(Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçlara erişim kısıtlanarak uygun şekilde saklanmalıdır.
		A.8.4	Narkotik(Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçların devir teslim tutanakları kayıt altına alınmalıdır.
		A.8.5	İlaçların kırılması ve kaybolması durumunda yapılacaklar ile ilgili yazılı düzenleme bulunmalı dır.
		A.8.6	Tüm ilaçların kullanılmayan yarım dozları takip edilmelidir. Yarım kalması durumunda yapılacaklar ile ilgili yazılı düzenleme bulunmalıdır.
		A.8.7	İlaçlarda advers etki ile karşılaşılınca bildirim yapılacak farmakovijilans sorumlusu bilinmelidir. Advers etki bildirimine yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır.
		A.8.8	Soğuk zincire tabi ilaçlar; soğuk zincirin kırılmasını engelleyecek şekilde uygun şartlarda muhafaza edilip, hastaya uygulanmalıdır. Muhafaza sırasında uyarı veren dijital dereceler (data-loggerlar) gibi teknolojiler kullanılmalıdır. Dijital aktarımı sağlayan teknolojiler ile belirli periyotlarda rapor alınıp ameliyathane sorumlu hemşiresi tarafından imzalanıp arşivlenmelidir.
		A.8.9	İlaç geçimsizlikleri ile ilgili görsel uyarı ve bilgilendirme dokümanları ilaç hazırlama bölümlerinde bulunmalıdır. Geçimsizlik tespit edildiği durumlarda gerçekleştirilecek işlemleri açıklayan yazılı düzenleme bulunmalıdır.
		A.8.10	İlaç deposundan; ameliyathaneye verilen ilaç ve farmakolojik ürünler en fazla 5 günlük miktarda olmalıdır. Ameliyathane sorumlu hemşiresi tarafından yapılan rutin kontrollerde stok hareketi görmeyen ilaçların iade formu düzenlenmek suretiyle eczaneye iadesi yapılmalıdır.
		A.8.11	İlaçların; ameliyathanede bulunan ve HBYS üzerinde görülen miad ve miktarları uyumlu olmalıdır. Ameliyathane sorumlu hemşiresi tarafından rutin olarak miad ve miktar kontrolleri yapılmalı ve eczanaya bilgi verilmelidir.
		A.8.12	Işıktan korunması gereken ilaçlar için gerekli düzenleme yapılmalıdır.

59	AMELİYATHANE	A.9	Ameliyathanede tıbbi sarf malzeme yönetimi uygun olarak yapılıyor mu?
		A.9.1	Tıbbi sarf deposundan; Ameliyathaneye verilen tıbbi sarf malzemeler en fazla 5 günlük miktarda olmalıdır. Ameliyathane sorumlu hemşiresi tarafından yapılan rutin kontrollerde stok hareketi görmeyen tıbbi sarf malzemelerin iade formu düzenlenmek suretiyle tıbbi sarf depoya iadesi yapılmalıdır.
		A.9.2	Hastalara tedavileri sırasında uygulanan tıbbi sarf malzemelerden kaynaklanan beklenmeyen etki ile karşılaşılması durumunda bildirim yapılacak materyovijilans sorumlusu bilinmelidir. Medikal malzemelerden kaynaklanan olumsuz olayların uyarı sistemine bildirimi hakkında yazılı düzenleme bulunmalıdır.
60	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.
61	STERİLİZASYON	ST.1	Sterilizasyon ünitesi kirli, temiz ve steril alan olmak üzere üç bölümden oluşmuş mu?
		ST.1.1	Malzeme akış yönü kirli alandan temiz alana, temiz alandan steril alana doğru ve tek yönlü olmalı, kirli, temiz, steril depolama ve destek alanlar olmak üzere şekillendirilmelidir.
		ST.1.2	Kirli alanda malzemelerin ön temizliği ve dekontaminasyonu yapılmalıdır.
		ST.1.3	Malzemelerin paketlenmesi temiz alanda yapılmalıdır.
		ST.1.4	Cerrahi aletler ve tekstil malzemelerinin paketlenmeleri ayrı alanlarda yapılmalıdır.
		ST.1.5	Kirli ve steril malzeme girişi çıkışı ayrı alanlardan yapılmalıdır.
		ST.1.6	Tüm yüzeyler pürüzsüz, gözeneksiz, kolay temizlenebilir, yıkamaya dayanıklı ve dezenfekte edilebilir nitelikte olmalıdır.
62	STERİLİZASYON	ST.2	Steril edilen malzemeler uygun şekilde depolanıyor mu?
		ST.2.1	Depo alanı toz, nem, insekt ve yüksek sıcaklık ve rutubete karşı iyi havalandırılabilen özelliklerde olmalıdır.
		ST.2.2	Steril malzemeler raflarda; zeminden 30 cm yukarda, tavandan 50 cm aşağıda, duvardan 5 cm önde depolanmalıdır.
		ST.2.3	Depolanan steril malzemeler "ilk giren ilk çıkar" prensibi ile kullanılmalıdır.
		ST.2.4	Depodaki steril malzemeler üzerinde sterilizasyon tarihi, sterilizasyonu yapan cihaz, hangi döngüde yapıldığı, son kullanma tarihi, malzemenin içeriği ile ilgili bilgiler olmalıdır.
		ST.2.5	Sıcaklık ve nem değerleri günlük çizelgelerle takip edilmelidir.Sıcaklık 18-22 C ve nem %35- 70 olmalıdır.
63	STERİLİZASYON	ST.3	Sterilizasyon işlemi indikatörler ile kontrol edilerek kayıt altına alınıyor mu?
		ST.3.1	İşleme girmiş ve girmemiş boğçaların birbirinden ayrılabilmesi için her boğça 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.
64	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.1	Genel sekreterlik tarafından sağlık tesisinin yerinde değerlendirme soru listesine göre değerlendirilmesi yapılmış mı?
		GD.1.1	Genel Sekreterlik tarafından, sağlık tesisi yerinde değerlendirme soru listesine göre ilk altı ay ve ikinci altı ayda olmak üzere yılda iki kez değerlendirilmelidir.
		GD.1.2	Değerlendirme sağlık tesisi yerinde değerlendirme soru listesinin ilgili tüm bölümlerini kapsamalıdır.
65	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 tesisinin 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.
66	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.3	Kurum çalışanlarının kimlik kartı var mı?
		GD.3.1	Sağlık tesisi çalışanları kimlik kartı takmalıdır
67	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.4	Çalışan sağlığına yönelik düzenlemeler yapılmış mı?
		GD.4.1	Bölüm bazında risk değerlendirmesi yapılmalı ve kayıtları olmalıdır.
		GD.4.2	Bölüm bazında belirlenen risklere yönelik ve uzman hekimlerin görüşleri doğrultusunda tüm personele sağlık tarama programı hazırlanmalı ve uygulanmalıdır.Sağlık tarama sonuçlarının kayıtları olmalıdır.
68	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.5	Sağlık hizmeti sunulan alanlarda gerekli kişisel koruyucu malzemeler mevcut mu?
		GD.5.1	Sağlık hizmeti sunulan alanlarda gerekli ve yeterli kişisel koruyucu malzemeler olmalıdır. (Eldiven, yüz-göz koruyucu maske, gözlük,önlük)
69	GENEL DEĞERLENDİRME	G.D.6	Sağlık tesisinde acil afet yönetimine ait düzenleme var mı?
		G.D.6.1	Sağlık tesisinin tüm birimlerini kapsayan güncel acil afet planı bulunmalıdır.
		G.D.6.2	Plana uygun görevlendirmeler asil ve yedekleri olmak üzere yapılmalıdır.Görevlendirilen personelin isim ve iletişim bilgileri güncel olmalıdır.
		G.D.6.3	Yılda en az 1 masabaşı, 1 fonksiyonel tatbikat gerçekleştirilmelidir.
		G.D.6.4	Yapılan tatbikatla ilgili görsel ya da yazılı dokümanlar mevcut olmalıdır.
		G.D.6.5	Sağlık tesisinde acil afet yönetimine yönelik eğitim planı oluşturulmalı ve yapılan eğitimler kayıt altına alınmalıdır.
70	GENEL DEĞERLENDİRME	G.D.7	Hasta bilgilerinin mahremiyeti ve gizliliğinin korunması ile ilgili düzenlemeler mevcut mu?
		G.D.7.1	Hastanın vermiş olduğu tıbbi öykü ve diğer konuşmaların hasta ve hekimin izni olmayan üçüncü kişiler tarafından duyulması engellenmelidir.
		G.D.7.2	Sağlık tesisinde HBYS üzerinde, hasta bilgilerine ilgisiz ve yetkisiz kişilerin erişimini engelleyecek düzenlemeler yapılmalıdır.
71	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.8	Hasta ziyaret zamanları belirlenmiş mi?(ADSH'lerde değerlendirilecektir.)
		G.D.8.1	Hasta ziyaret zamanları belirlenmeli, belirlenen zamanlar hasta ve yakınlarının görebileceği yerlerde ilan edilmelidir.
72	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.9	Çalışan memnuniyeti konusunda iyileştirici faaliyetlerde bulunulmuş mu?
		GD.9.1	Çalışanların memnuniyetleri ölçülmeli, sonuçları yönetim tarafından değerlendirilmelidir.

		GD.9.2	Memnuniyet anketleri analizlerine göre gerekli görülen düzenlemeler yapılmalıdır.
73	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.10	Kesici delici alet yaralanmaları ve kan vücut sıvıları ile temaslar bildiriliyor mu?
		GD.10.1	Olay bildirimleri ve DÖF kayıtları olmalıdır.
		GD.10.2	Kesici delici alet yaralanmasına maruz kalan personellerin takipleri yapılmalıdır.
74	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.11	Hasta dosyasında belirlenen dosyalama planına uyuluyor mu?(ADSH'lerde değerlendirilecektir.)
		GD.11.1	Sağlık tesisi tarafından dosyalama planı oluşturulmalıdır.
		GD.11.2	Hasta dosyaları plana uygun düzenlenmelidir.
75	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.12	Verimlilik Gözlemcileri tarafından yerinde değerlendirme yapılan bölümlerin sorumluları belirlenerek ilgili kişilere tebliğ edilmiş mi?
		GD.12.1	Radyoloji ve tanısal görüntüleme hizmetlerinin uygulanmasına ve yönetimine yönelik sorumlu hekim tanımlanmalıdır.(Radyoloji hekimi bulunmayan sağlık tesislerinde bu soru boş bırakılacaktır.)
		GD.12.2	Radyoloji sorumlu teknisyeni tanımlanmalıdır.
		GD.12.3	Diş protez laboratuvarının sorumlusu hekimi tanımlanmalıdır.
		GD.12.4	Diş protez laboratuvarları için sorumlu teknisyen tanımlanmalıdır.
		GD.12.5	Servis sorumlu hemşireleri tanımlanmalıdır.
		GD.12.6	Ameliyathane sorumlu hekimi tanımlanmalıdır.(Ameliyathane bulunmayan sağlık tesislerinde bu soru boş bırakılacaktır.)
		GD.12.7	Ameliyathane sorumlu hemşiresi tanımlanmalıdır.(Ameliyathane bulunmayan sağlık tesislerinde bu soru boş bırakılacaktır.)
		GD.12.8	Anestezi sorumlu teknisyeni/teknikeri tanımlanmalıdır.(Ameliyathane bulunmayan sağlık tesislerinde bu soru boş bırakılacaktır.)
		GD.12.9	Sterilizasyon ünitesi sorumlu hekimi tanımlanmalıdır.
		GD.12.10	Sterilizasyon ünitesi sorumlu hemşiresi tanımlanmalıdır.
		GD.12.11	Sorumlu eczacı tanımlanmalıdır.(Eczacı bulunmayan sağlık tesisinde sağlık personeli görevlendirilmelidir.)
		GD.12.12	Arşiv sorumlusu tanımlanmalıdır.
76	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.13	Nöbet hizmetleri ile ilgili gerekli düzenlemeler yapılmış mı?(ADSH'değerlendirilecektir)
		GD.13.1	Nöbet hizmeti verimlilik karte kriterlerine uygun verilmelidir.
		GD.13.2	Hemşireler nöbet hizmetine katılmalıdır.
77	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.14	Evde sağlık hizmetleri ile ilgili gerekli düzenlemeler yapılmış mı?
		GD.14.1	Evde sağlık birimi oluşturulmalıdır ve sorumlu hekim belirlenmelidir.
		GD.14.2	Evde sağlık ekibine araç tahsis edilmelidir.
		GD.14.3	Evde sağlık ekibi yeterli mobil donanımına sahip olmalıdır.
78	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.15	Mavi kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmış mı?
		GD.15.1	Uyarı sistemi oluşturulmalıdır.
		GD.15.2	Mavi kod yönetimine ait sorumlular belirlenmelidir.
		GD.15.3	Uygulamalarda kullanılmak üzere acil müdahale seti oluşturulmalıdır.
79	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.16	Tıbbi atık yönetimi kapsamında kaynağında ayrıştırma işlemi uygun yapılıyor mu?
		GD.16.1	Tıbbi atıklar, tehlikeli ve evsel atıklardan ayrı toplanmalıdır.
		GD.16.2	Tıbbi atıklar "uluslararası biyoteknik amblemi" ve "DİKKAT TIBBİ ATIK" ibaresi taşıyan torbalarda taşınmalıdır
		GD.16.3	Kesici ve delici özelliği olan atıklar için kullanılan kutu veya konteynırlar "uluslararası biyoteknik amblemi" ve "DİKKAT KESİCİ ve DELİCİ TIBBİ ATIK" ibaresi taşınmalıdır.
		GD.16.4	Şiringa, enjektör ve diğer tüm deri altı girişim iğneleri, lanset, bisturi, bıçak, serum seti iğnesi, cerrahi sütür iğneleri, biyopsi iğneleri, intraket, kırık cam ve ampul, lam-lamel, kırılmış cam tüp ve petri kapları gibi batma, delme, sıyrık ve yaralanmalara neden olabilecek atıklar kesici delici alet kutusu veya konteynırında toplanmalıdır
		GD.16.5	Tıbbi atık torbaları ve kesici-delici atık kapları ¾ oranında dolduğunda yenisi ile değiştirilmelidir.
80	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.17	Tıbbi atıkların ünite içinde taşıma işlemi uygun yapılıyor mu?
		GD.17.1	Atıklar üretildiği yerden uygun taşıma araçları (tekerlekli, kapaklı, paslanmaz metal ya da plastik, keskin kenarları olmayan, dezenfeksiyonu kolay,atık üretme kapasitesine uygun büyüklükte) ile geçici depolama birimlerine götürülmelidir.
		GD.17.2	Temizlik ekipmanları,koruyucu giysiler,atık torbaları ve taşıma araçları geçici atık deposuna yakın bir yerde bulundurulmalı, taşıma araçları temiz olmalı ve zemininde talaş bulunmalıdır.
		GD.17.3	Tıbbi atıkların yönetimi ile ilgili personele özel giysiler ve koruyucu ekipman sağlanmalıdır. (Tıbbi atık taşıma eldiveni, koruyucu gözlük, maske, çizme ve yedeği olan özel koruyucu turuncu renkli elbise)
		GD.17.4	Kullanılan giysilerin vardiya devrinden sonra farklı çamaşır makinesinde yıkanması sağlanmalıdır.
81	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.18	Evsel ve Tıbbi atık yönetimi kapsamında geçici depolama işlemi uygun yapılıyor mu? (Geçici depolama işlemi konteynerda yapılan sağlık tesislerinde bu soru muaf tutulacaktır.)
		GD.18.1	Geçici atık deposu iki bölmeli kapalı bir mekan olarak inşa edilmeli, birinci bölmede tıbbi atıklar, ikinci bölmede ise evsel nitelikli atıklar depolanmalıdır.
		GD.18.2	Deponun tabanı ve duvarları sağlam, geçirimsiz, mikroorganizma ve kir tutmayan, temizlenmesi ve dezenfeksiyonu kolay bir malzeme ile kaplanmalıdır.
		GD.18.3	Depolarda yeterli bir aydınlatma ve pasif havalandırma sistemi bulunmalı ve sıcak bölgelerde depo özel olarak soğutulmalıdır.
		GD.18.4	Depo kapıları dışarıya doğru açılmalı veya sürmeli yapılmalıdır. Tıbbi atıkların konulduğu bölmenin kapısı turuncu renge boyanmalı ve üzerinde görülebilecek şekilde ve siyah renkli "Uluslararası Biyoteknik" amblemi ile siyah harfler ile yazılmış "DİKKAT! TIBBİ ATIK" ibaresi bulunmalıdır
		GD.18.5	Depo kapıları kullanımları dışında daima kapalı ve kilitli tutulmalıdır.
		GD.18.6	Tıbbi atıkların konulduğu bölmenin zemininde talaş bulundurulmalı, temizliği ve dezenfeksiyonu kuru olarak yapılmalıdır. Bölme atıkların boşaltılmasını müteakiben temizlenmeli,dezenfekte edilmeli ve gerekirse ilaçlanmalıdır.
		GD.18.7	Tıbbi atıkların konulduğu bölmenin kanalizasyon sistemi ile bağlantısı olmamalıdır.
		GD.18.8	Evsel nitelikli atıkların konulduğu bölmede kanalizasyona bağlı ızgaralı bir drenaj sistemi ve bölmenin kolaylıkla temizlenebilmesi için basınçlı bir su musluğu bulunmalıdır.

		GD.18.9	Tıbbi Atıklar, bertaraf sahasına taşınmadan önce 48 saatten fazla depolarda bekletilmemelidir. (Bekleme süresi, geçici atık deposu içindeki sıcaklığın 4 °C nin altında olması koşuluyla bir haftaya kadar uzatılabilir.)
		GD.18.10	Tıbbi atıkların alınması sırasında verici ünite ile alıcı kurum/kuruluş arasında "Ulusal Atık Taşıma Formu" düzenlenmelidir.
82	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.19	Evsel ve Tıbbi atık yönetimi kapsamında geçici depolama işlemi uygun yapıyor mu? (Depolama işlemi konteynerde gerçekleştirilen sağlık tesisinde değerlendirilecektir.)
		GD.19.1	Konteynerler ünitenin en az iki günlük tıbbi atığını alabilecek boyutta ve sayıda olmalıdır.
		GD.19.2	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.19.3	Konteynerlerin kapakları kullanımları dışında daima kapalı ve kilitli tutulmalı, yetkili olmayan kişilerin açmasına izin verilmemelidir.
		GD.19.4	Konteynerlerin iç yüzeyleri yükleme-boşaltma sırasında torbaların hasarlanmasına veya delinmesine yol açabilecek keskin kenarlar ve dik köşeler içermemelidir.
		GD.19.5	Konteynerlerin dış yüzeyleri turuncu renkte olmalı, üzerlerinde görülebilecek uygun büyüklükte ve siyah renkli "Ulusal Biyoteknik" amblemi ile siyah harfler ile yazılmış "DİKKAT! TIBBİ ATIK" ibaresi bulunmalıdır.
		GD.19.6	Konteynerler daima temiz ve boyanmış durumda olmalı, zemin talaşlanmalı, atıkların boşaltılmasını müteakiben veya herhangi bir kazadan hemen sonra temizlenmeli ve dezenfekte edilmelidir.
83	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.20	Tehlikeli atıkların yönetimi uygun yapıyor mu?
		GD.20.1	Miadı dolmuş ilaçlar, Tehlikeli madde içeren ya da tehlikeli maddelerden oluşan kimyasallar (Ksilen, formaldehit, gluteraldehit vb.) Tehlikeli madde kalıntıları içeren veya tehlikeli maddelerle kontamine olmuş ambalajlar, Amalgam atıkları, Kartuj ve tonerler, Flourosan ve diğer civa içeren atıklar, Tehlikeli maddeler ile kirlenmiş emiciler, filtre malzemeleri, temizleme bezleri, koruyucu giysi, Elektrik ve elektronik ekipman atıkları, Eski aküler, Tehlikeli maddelerle kontamine olmuş metal atıkları, Yağ katran ve diğer maddeler içeren kablolar, Kullanılmış (mum) parafin ve yağlar Röntgen banyo suları ve piller, diğer atıklardan kaynağında ayrı toplanmalıdır.
		GD.20.2	Tehlikeli atıklar tesis ve binalardan uzakta beton saha üzerine yerleştirilmiş sağlam, sızdırmaz (zemin ve çatı izolasyonuna sahip), emniyetli uygun konteynırlar içerisinde geçici olarak muhafaza edilmeli ve taşınabilir yangın tüpü olmalıdır.
		GD.20.3	Tehlikeli atık geçici deposu bölmelere ayrılmalı, her bölmede farklı atıklar olmalı, EWC kodlamaları, tehlike amblemleri her bölmede olmalıdır.
		GD.20.4	Depoda toplanmış olan tehlikeli atık kaplarının üzerinde atığın çeşidi, kaynağı, miktarı ve depoya giriş tarihi ile ilgili bilgiler açık olarak yazılmalıdır.
		GD.20.5	Sağlık tesisinde üretilen tehlikeli atıkların depolanma süresi 180 günü aşmamalıdır.
		GD.20.6	Geçici depolanan tehlikeli atıklar Ulusal Atık Taşıma Formu ile lisanslı bertaraf firmasına teslim edilmelidir.
		GD.20.7	Her yıl ocak ve mart ayları arasında Tehlikeli Atık Beyan Sistemine (TABS) bir önceki yılın atık beyanı yapılmalıdır.
84	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.21	Acil çıkış yolları uygun olarak düzenlenmiş mi?
		GD.21.1	Acil çıkışları gösteren çıkış levhaları olmalıdır.
		GD.21.2	Yangın merdivenleri boş bulundurulmalıdır ve kaymayı önleyici malzemeden yapılmalıdır.
		GD.21.3	Yangın merdivenlerinin havalandırma ve aydınlatması uygun olmalıdır.
		GD.21.4	Kaçış yolu kapıları; kilitli olmamalı, ısıya dayanıklı, duman sızdırmaz ve kaçış yönüne doğru açılabilir olmalıdır.
85	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.22	Yangın söndürme sistemlerinin yerleşimi uygun mu, kontrolleri ve genel bakımları yapıyor mu?
		GD.22.1	Sağlık tesisinin yangın ile ilgili plan/krokileri kolay ulaşılabilir olmalı ve krokilerde yangın söndürme sistemlerinin yeri belirtilmelidir.
		GD.22.2	Söndürme cihazları kolay ulaşılabilir ve görülebilir yerlerde bulunmalıdır.
		GD.22.3	Yangın söndürme tüplerinin zeminden olan yüksekliği 90 cm'yi aşmayacak şekilde olmalı ve sabitlenmelidir.
		GD.22.4	Yangın uyarı butonları yerden en az 110 cm ve en fazla 130 cm yüksekliğe yerleştirilmeli, kolayca görülebilir ve erişilebilir olmalıdır.
		GD.22.5	Yangın söndürme tüpleri ve yangın hortumları altı ayda bir kontrol edilmelidir.
		GD.22.6	Yangın söndürme tüplerinin yıllık genel bakımları yapılmalı, standartlara uygun toz kullanılmalı ve dört yıl sonunda tozu değiştirilmelidir.
		GD.22.7	Yapılan altı aylık, yıllık test ve kontrol sonuçları kayıt altına alınmalıdır. Peryodik kontroller yangın güvenliği sorumlusu veya temsilcisinin gözetiminde yapılmalıdır.
86	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.23	Sağlık tesisinde acil afet yönetimine ait düzenleme var mı?
		GD.23.1	Sağlık tesisinin tüm birimlerini kapsayan güncel acil afet planı bulunmalıdır.
		GD.23.2	Plana uygun görevlendirmeler asil ve yedekleri olmak üzere yapılmalıdır. Görevlendirilen personelin isim ve iletişim bilgileri güncel olmalıdır.
		GD.23.3	Yılda en az 1 masabaşı, 1 fonksiyonel tatbikat gerçekleştirilmelidir.
		GD.23.4	Yapılan tatbikatla ilgili görsel ya da yazılı dokümanlar mevcut olmalıdır.
		GD.23.5	Sağlık tesisinde acil afet yönetimine yönelik eğitim planı oluşturulmalı ve yapılan eğitimler kayıt altına alınmalıdır.
87	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.24	Sağlık Tesisinin "Engelli Bireylere Yönelik Sağlık Tesisleri Denetleme Formu"na göre son 6 ayda yaptığı düzenlemeler kuruma bildirilen verilerle uyumlu mu?
		GD.24.1	Sağlık tesisinin "Engelli Bireylere Yönelik Sağlık Tesisleri Denetleme Formu"na göre son 6 ayda yapılan düzenlemeler Kuruma bildirilen veriler ile uyumlu olmalıdır.
88	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.25	Yaşlı ve yürüyemeyen hastalar için yeterli tekerlekli sandalye mevcut mu?
		GD.25.1	Yaşlı ve yürüyemeyen hastalar için ilgili bölümlerde yeterli tekerlekli sandalye bulunmalıdır.
89	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.26	Sağlık tesisinde güvenliği sağlamak amacıyla kamera takip sistemi kurulmuş mu?
		GD.26.1	İlgili bölümlerde güvenliği sağlamak amacıyla kurulan kamera takip sistemi olmalıdır.
		GD.26.2	Güvenlik kamera kayıtları en az 2 ay süre ile saklanmalıdır
90	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.27	Sıkıştırılmış tıbbi gaz tüpleri, güvenlik açısından sabitlenmiş mi?

		GD.27.1	Sıkıştırılmış tıbbi gaz tüpleri güvenlik açısından sabitlenmelidir.
91	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.28	Su deposunun periyodik kontrolleri yapılıyor mu?
		GD.28.1	Su deposunda haftalık klor ölçümü yapılmalıdır. Ölçülen klor oranı kayıt edilmelidir.
		GD.28.2	Su deposunda yılda en az 2 (iki) kez su numunesi alınarak bakteriyolojik ve kimyasal analizler yapılmalıdır.
		GD.28.3	Su deposu periyodik olarak yılda 1 kez boşaltılmalı, temizlenmeli ve dezenfekte edilmelidir.
92	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.29	Sağlık tesisinde bulunan jeneratörlerin bakımları yapılıyor mu?
		GD.29.1	Jeneratörlerin kabul belgesi olmalıdır.
		GD.29.2	Jeneratörlerin 3 aylık, 6 aylık ve yıllık periyodik bakımları yapılmalı ve bakım kayıtları olmalıdır.
93	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.30	İklimlendirme sistemlerinin bakımı ve kontrolü düzenli olarak yapılıyor mu?
		GD.30.1	İklimlendirme sistemlerinin bakım ve kontrollerinin kayıtları olmalıdır.
94	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.31	Asansörlerin güvenli kullanımına yönelik gerekli düzenlemeler yapılmış mı?
		GD.31.1	Asansörlerin uygunluk belgesi olmalıdır.
		GD.31.2	Aylık ve yıllık bakımları yapılmalıdır. Kayıtları tutulmalıdır.
95	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.32	Arşiv bölümünün işleyişine yönelik yazılı düzenleme belirlenmiş mi?
		GD.32.1	Arşivde yangın, hırsızlık, rutubet, su baskını, toz ve her türlü hayvan ve hasarın tahripine karşı tedbirler alınmalıdır.
		GD.32.2	Sıcaklık (12-15 derece) ve nem takibi (%50-60) yapılmalı ve kayıt edilmelidir.
		GD.32.3	Arşivde dosya yerleşim planı olmalıdır.
		GD.32.4	Yangın söndürme cihazları yangın talimatı çerçevesinde çalışır durumda bulundurulmalı ve kolay erişilebilir olmalıdır.
		GD.32.5	Arşive kabul edilen dosyaların teslim alındığına dair kayıtlar tutulmalı ve dosyaların arşive verleştirilmesi uygun şekilde yapılmalıdır.
96	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.33	Sağlık tesisinde uygun çevre düzenlemesi yapılmış mı?
		GD.33.1	Hastane bahçesinde hasta ve çalışanlar için uygun çevre düzenlemesi yapılmalı ve bekleme alanları oluşturulmalıdır.
		GD.33.2	Yönlendirme levhaları hasta ve yakınlarının görebileceği doğru yerde, yeterli ve açıklayıcı olmalıdır.
		GD.33.3	Otopark ve bahçe içerisinde yeterli aydınlatma yapılmalıdır.
97	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.34	Hasta memnuniyetine yönelik düzenlemeler mevcut mu?
		GD.34.1	Hasta memnuniyetini belirlemeye ve ölçmeye yönelik anket çalışmaları yapılmalıdır.
		GD.34.2	Hasta ve yakınları için talep ve öneri kutuları hastaların görebileceği yerlerde, sağlık tesisinin büyüklüğüne göre yeterli sayıda ve kullanıma uygun olmalıdır.
		GD.34.3	Memnuniyet, dilek, öneri ve taleplerin değerlendirilmesi sonucu gerekli görülen düzenlemeler yapılmalıdır.
98	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.35	Sağlık tesisinin Web sayfasında sağlık tesisinde verilen hizmetler hakkında bilgi veriliyor mu?
		GD.35.1	Web sayfasında sağlık tesisinde verilen hizmetler hakkında bilgi verilmelidir. -Hastanenin hizmet verdiği bölüm ve branşlar, -Hekim çalışma listesi, -Randevu alma bilgileri, -Çalışanların, hasta ve yakınlarının önerilerini bildirebileceği alan, -Ziyaret saatleri ve ziyaretçilerin uyması gereken kurallar, -Hastaneve ulaşım ve iletişim bilgileri olmalıdır.
		GD.35.2	Bilgiler güncel olmalıdır.
99	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.36	Kurumda personele verilecek eğitimlere yönelik bir eğitim planı oluşturulmuş mu?
		GD.36.1	Kurumda personele verilecek olan eğitimlere yönelik eğitim planı oluşturulmalıdır.
		GD.36.2	Eğitimler planlanan zamanda yapılmalıdır.
100	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.37	Çalışanlara "uyum eğitimleri" verilmiş mi?
		GD.37.1	Kuruma yeni başlayan personele, bir hafta içinde uyum eğitimi verilmelidir.
		GD.37.2	Çalışanlara verilen genel ve bölüm uyum eğitiminin kayıtları olmalıdır.
101	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.38	Çalışanlara belirtilen konularda eğitimler verilmiş ve eğitimlerin kayıtları tutulmuş mu?
		GD.38.1	Çalışanlara "mavi kod" konusunda eğitim verilmelidir.
		GD.38.2	Çalışanlara "beyaz kod" uygulamasıyla ilgili eğitim verilmelidir.
		GD.38.3	Kurumda tüm çalışanlara el hijyeni eğitimi verilmelidir.
		GD.38.4	Çalışanlara hastane enfeksiyonları konusunda eğitim verilmelidir.
		GD.38.5	Hasta kayıt, danışma, karşılama ve yönlendirme personeline hasta hakları, kişiler arası ilişkiler ve iletişim konularında hizmet içi eğitim verilmelidir.
		GD.38.6	Çalışanlara tehlikeli ve tıbbi atıkların depolanması, taşınması, toplanması ve bunlara maruz kalma durumunda yapılması gerekenler hakkında eğitimler verilmelidir.(tıbbi atık taşıma personeline tıbbi atık yönetimi ile ilgili eğitim verilmeli ve verilen eğitimlerin kayıtları olmalıdır.)
		GD.38.7	İlgili personele "Güvenli cerrahi uygulamaları" konusunda eğitim verilmelidir.(ADSH' ler de değerlendirilir)
		GD.38.8	İlgili personele "Düşme Riskini Önleme" konusunda eğitim verilmelidir.
		GD.38.9	İlgili personele "İlaç Güvenliği" konusunda eğitim verilmelidir.
		GD.38.10	İlaçlarda Advers Etki Bildirimi ve Tıbbi Sarf Malzemelerinde beklenmeyen etkilerin ve hatalı ürünlerin takip edilmesi ile ilgili sağlık personeline gerekli eğitimler düzenlenmelidir.
		GD.38.11	İlgili personele "Kimlik Doğrulama" konusunda eğitim verilmelidir.
		GD.38.12	Temizlik hizmetlerinde çalışanlara gerekli eğitimler verilmelidir.
		GD.38.13	Sağlık tesisinde çalışan tüm personele "temel yaşam desteği" eğitimi verilmelidir.
		GD.38.14	Hasta ve yakınlarına eğitim verilmelidir.
		GD.38.15	Sağlık tesisinde çalışan tüm personele MHRS ile ilgili gerekli eğitimler verilmelidir.
		GD.38.16	Sağlık çalışanlarına sözel order konusunda eğitim verilmelidir.
		GD.38.17	Sağlık tesinde görev yapan tüm personele "Hasta bilgilerinin mahremiyeti ve gizliliğinin korunması" hakkında eğitim verilmelidir.
		GD.38.18	Poliklinikte alınan protez ölçülerinin dezenfeksiyonu ile ilgili personele eğitim verilmelidir.
		GD.38.19	Protez transfer personeline süreç hakkında eğitim verilmeli ve eğitim kayıtları bulunmalıdır.
102	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.39	Gözlem esnasında eğitimi değerlendirilen personele verilen eğitimler ile sağlık tesisindeki eğitim kayıtları uyumlu mu?

		GD.39.1	Gözlem esnasında eğitimi değerlendirilen personelin, eğitim aldığına dair kayıtları sağlık tesisinde bulunmalıdır.
103	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.40	Enerji tüketim takip modülüne veri girişleri doğru ve düzenli olarak yapılıyor mu?
		GD.40.1	Enerji tüketim takip modülünde veri giriş yetkilisi iletişim bilgileri güncel olmalıdır.
		GD.40.2	Elektrik faturalarının veri girişleri enerji tüketim takip modülüne düzenli olarak yapılmalıdır.
		GD.40.3	Su faturalarının veri girişleri enerji tüketim takip modülüne düzenli olarak yapılmalıdır.
		GD.40.4	Yakıt faturalarının veri girişleri enerji tüketim takip modülüne düzenli olarak yapılmalıdır.
104	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.
105	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.2	Soğuk zincire tabi olan ilaç yönetimi uygun olarak yapılıyor mu? (Soğuk zincir ilacı bulunmayan Adsm'lerde muaf tutulmalıdır.)
		EH.2.1	Soğuk zincire tabi ilaçların listesi bulunmalıdır
		EH.2.2	Soğuk zincir süreci ile ilgili yazılı düzenleme olmalıdır. (Yazılı düzenlemeler; çalışma alanlarında tercihen duvara monte PVC kitap şeklinde olmalıdır.)
		EH.2.3	Tedarikçi firma; uhdesinde kalan soğuk zincire tabi ilaçlar soğuk zincir indikatörlü etiket veya sıcaklık kaydedici dijital dereceler (data logger) gibi teknolojilerle teslim etmelidir, teslim edilene kadar geçen süreçte soğuk zincirinin kırılmadığını belgelendirmelidir.
		EH.2.4	Soğuk zincire tabi ilaçlar ; Sağlık Tesisinde de soğuk zincirin kırılmasını engelleyecek şekilde uygun şartlarda muhafaza ve transfer edilmelidir. Muhafaza ve transferi sırasında uyarı veren dijital dereceler (data-loggerlar) gibi teknolojiler kullanılmalıdır.
		EH.2.5	Dijital aktarımı sağlayan teknolojiler ile belirli periyotlarda rapor alınıp depo sorumlusu tarafından imzalanıp arşivlenmelidir.
		EH.2.6	Stok fazlası ve ihtiyaç fazlası olarak başka bir sağlık tesisine soğuk zincire tabi ilaç gönderimi soğuk zincir indikatörlü etiket veya data logger gibi teknolojilerle yapılmalıdır.
		EH.2.7	Başka bir sağlık tesisine soğuk zincire tabi ilaç gönderimi kargo firması ile yapılıyorsa soğuk zincirin kırılması durumunda, kargo firmasına rucu edilecek şekilde kargo ile anlaşma yapılmalıdır.
106	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.3	Görünüşü, okunuşu ve yazılışı benzer ilaçların depolanmasına yönelik özel bir düzenleme yapılmış mı?
		EH.3.1	Görünüşü, okunuşu ve yazılışı benzer ilaç listeleri hazırlanmalı ve kullanımda olmalıdır.
		EH.3.2	Eczane deposunda görünüşü, okunuşu ve yazılışı benzer ilaçlar ile aynı ilacın farklı dozları ayrı raflarda saklanmalıdır.
107	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.4	Sağlık tesisinde ilaçlar ve tıbbi malzemelerle ilgili; tüm sağlık personellerine eczacı tarafından eğitim verilmiş mi? (Sağlık tesisinde eczacının olmadığı durumlarda Genel Sekreterlikte veya aynı birliktede diğer bir sağlık tesisinde çalışan eczacı tarafından eğitim verilmelidir.)
		EH.4.1	Sağlık tesisinde ilaç ve tıbbi malzemelerle ilgili tüm sağlık personeline eczacı tarafından eğitim planı hazırlanarak eğitim verilmeli, eğitimlerin dokümanları ve kayıtları olmalıdır.
		EH.4.2	Sağlık tesisinde ilaç ve tıbbi malzeme depo sorumluluk alanlarında çalışan personele eczacı tarafından eğitim planı hazırlanarak eğitim verilmeli, eğitimlerin dokümanları ve kayıtları olmalıdır.
		EH.4.3	Eczanede hastabaşı ilaç hazırlamada görevli personelin eğitim durumu en az lise mezunu olmalıdır.
108	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.5	İlaçlarda advers etki bildirimi ile ilgili sorumlu belirlenmiş mi ve advers etki bildirimine yönelik yazılı düzenleme oluşturulmuş mu?
		EH.5.1	Sağlık tesisindeki ilaç için farmakovijilans sorumlusu belirlenmelidir.
		EH.5.2	Advers etki bildirimine yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır.
109	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.6	Tıbbi sarf malzemelerde beklenmeyen etkilerin ve hatalı ürünlerin takip edilmesi ile ilgili sorumlu belirlenmiş ve yazılı düzenleme oluşturulmuş mu?
		EH.6.1	Sağlık tesisindeki tıbbi sarf malzemeler için materyovijilans sorumlusu belirlenmelidir.
		EH.6.2	Medikal malzemelerden kaynaklanan olumsuz olayların uyarı sistemine bildirimi hakkında yazılı düzenleme bulunmalıdır. (PGD Yönetmeliğine ve formuna uygun olarak)
110	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.7	İlaç yönetimi için oluşturulmuş ikazlar HBYS firması tarafından sisteme entegre edilmiş mi?
		EH.7.1	İlaç-ilaç etkileşim tablosu hazırlanmalıdır ve HBYS'ye entegre edilmelidir.
		EH.7.2	İlaç-besin etkileşim tablosu hazırlanmalıdır ve HBYS'ye entegre edilmelidir.
111	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.8	Hasta bekleme salonlarında ilaç kullanımları hakkında eczacı tarafından hazırlanan / onaylanan görsel, işitsel veya el broşürleri ile bilgilendirme yapılıyor mu?
		EH.8.1	Hasta bekleme salonlarında ilaç kullanımları hakkında eczacı tarafından hazırlanan / onaylanan görsel, işitsel veya el broşürleri bulunmalıdır.
112	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.9	Birbirine karıştırılmaması gereken ilaçlar ile ilgili gerekli önlemler alınmış mı?
		EH.9.1	İlaç geçimsizlikleri ile ilgili görsel uyarı ve bilgilendirme dokümanları ilaç hazırlama bölümlerinde bulunmalıdır. (Bilgilendirme dokümanları ; çalışma alanlarında tercihen duvara monte PVC kitap şeklinde olmalıdır.)
		EH.9.2	Geçimsizlik tespit edildiği durumlarda gerçekleştirilecek işlemleri açıklayan yazılı düzenleme bulunmalıdır. (Yazılı düzenlemeler; çalışma alanlarında tercihen duvara monte PVC kitap şeklinde olmalıdır.)
113	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.10	Yüksek riskli ilaçlar diğer ilaçlardan farklı bir alanda muhafaza ediliyor mu?
		EH.10.1	Yüksek riskli ilaç listesi ve yazılı düzenlemeleri hazırlanarak, tüm kullanım alanlarında bulundurulmalıdır. (Yazılı düzenlemeler; çalışma alanlarında tercihen duvara monte PVC kitap şeklinde olmalıdır.)
		EH.10.2	Diğer ilaçlardan farklı bir alanda muhafaza edilmelidir.
114	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.11	İlaç deposundan ;Ameliyathane birime, servislere veya polikliniklere verilecek ilaç ve farmakolojik ürünlerin en fazla 5 günlük ilaç çıkışı yapılmakta mıdır?
		EH.11.1	İlaç deposundan; Ameliyathane birime, servislere veya polikliniklere verilecek ilaç ve farmakolojik ürünler en fazla 5 günlük ilaç çıkışı yapılmalıdır.
		EH.11.2	Belirtilen birimlere yapılan toplu ilaç çıkışlarının taşınır işlem fişleri; ilgili birim sorumlusuna imzalatılıp, dosyalanmalıdır.

115	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.12	HBYS üzerinden servislerden istemi yapılan hasta tabelalarındaki ilaçlar; hasta taburcu olduğunda, exitus olduğunda, başka kuruma sevk edildiğinde veya lüzum halindekiler kullanılmadığı zaman 24 saat içinde ilgili birim sorumlusu tarafından ilaç iade formu doldurularak eczaneye iade ediliyor mu? (Adsh'larda bakılmaktadır.)
		EH.12.1	HBYS üzerinden, servislerden istemi yapılan hasta tabelalarındaki ilaçlar; hasta taburcu olduğunda, exitus olduğunda, başka kuruma sevk edildiğinde veya lüzum halindekiler kullanılmadığı zaman 24 saat içinde ilgili birim sorumlusu tarafından hasta bazı olarak ilaç iade formu doldurularak eczaneye iade edilmeli ve formlar karşılıklı imzalanıp saklanmalıdır.
116	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.13	İlaç ve tıbbi sarf malzemelerin imhası ile ilgili yazılı düzenleme hazırlanmış mı?
		EH.13.1	İlaç ve tıbbi sarf malzemelerin imhası ile ilgili yazılı düzenleme tüm kullanım alanlarında bulunmalıdır. (Yazılı düzenlemeler; çalışma alanlarında tercihen duvara monte PVC kitap şeklinde olmalıdır.)
117	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.14	İlaçların kırılması, kaybolması, miadının geçmesi ve yarım kalması durumuna yönelik düzenlemeler uygun şekilde yapılıyor mu?
		EH.14.1	İlaçların kırılması, kaybolması veya miadının geçmesi durumunda yapılacaklar ile ilgili yazılı düzenleme bulunmalı ve tüm birimlerden ulaşılabilir. (Yazılı düzenlemeler; çalışma alanlarında tercihen duvara monte PVC kitap şeklinde olmalıdır.)
		EH.14.2	Tüm ilaçların kullanılmayan yarım dozları takip edilmelidir. Yarım kalması durumunda yapılacaklar ile ilgili yazılı düzenleme bulunmalı ve tüm birimlerden ulaşılabilir. (Yazılı düzenlemeler; çalışma alanlarında tercihen duvara monte PVC kitap şeklinde olmalıdır.)
118	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.15	Narkotik(Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaç yönetimi uygun şekilde yapılıyor mu?
		EH.15.1	Narkotik(Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçlara erişimin kısıtlanarak uygun şekilde saklanmalıdır.
		EH.15.2	Narkotik(Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçların kırılması, kaybolması veya miadının geçmesi durumunda yapılacaklar ile ilgili yazılı düzenleme bulunmalı ve tüm birimlerden ulaşılabilir. (Yazılı düzenlemeler; çalışma alanlarında tercihen duvara monte PVC kitap şeklinde olmalıdır.)
		EH.15.3	Narkotik(Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçların kullanılmayan yarım dozları takip edilmelidir. Yarım kalması durumunda yapılacaklar ile ilgili yazılı düzenleme bulunmalı ve tüm birimlerden ulaşılabilir. (Yazılı düzenlemeler; çalışma alanlarında tercihen duvara monte PVC kitap şeklinde olmalıdır.)
		EH.15.4	Yazılı düzenlemeye Narkotik(Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaç kullanımı olan tüm birimlerden ulaşılabilir. (Yazılı düzenlemeler; çalışma alanlarında tercihen duvara monte PVC kitap şeklinde olmalıdır.)
119	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.16	Ameliyathane birimine,servislere veya polikliniklere verilecek ilaçlar (Narkotik ilaçlar da dahil olmak üzere) sorumlu sağlık personeline teslim edilirken kayıt altına alınıyor mu?
		EH.16.1	Ameliyathane birimine,servislere veya polikliniklere verilecek ilaçlar (Narkotik ilaçlar da dahil olmak üzere) sorumlu sağlık personeline teslim edilirken kayıt altına alınıyor mu?
120	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.17	İlaç ve Tıbbi Sarf Malzemelerin minimum, maximum ve kritik stok seviyeleri belirlenmiş mi?
		EH.17.1	İlaç ve Tıbbi Sarf Malzemelerin minimum, maximum ve kritik stok seviyeleri belirlenip, HBYS sistemine girişi yapılmalıdır.
		EH.17.2	Minimum ve kritik stok seviyesine geldiğinde HBYS sistemi uyarı vermelidir.
121	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.18	İlaçlar eczanede her hasta için ayrı olacak şekilde paketlenerek, paketlerin üzerinde ilaçların adı, dozu, son kullanma tarihi ve hasta bilgisi belirtilmiş mi? (ADSH'lerde değerlendirilecektir.)
		EH.18.1	İlaçlar eczanede her hasta için ayrı olacak şekilde paketlenmiş olmalıdır.
		EH.18.2	Paket üzerinde ilaçların adı, dozu, son kullanma tarihi ve hasta bilgisi belirtilmiş olmalıdır.
		EH.18.3	Hasta bazı ilaç hazırlama alan ve koşulları oluşturulmalıdır.
122	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.19	Tüm medikal depo malzemeleri için muayene, mal kabul işlemleri ilgili yönetmeliklere göre uygun olarak yapılıyor mu?
		EH.19.1	Mal kabul işlemlerinden önce muayene süreci tamamlanmalıdır.
		EH.19.2	Mal Kabul sırasında sayımı depo sorumlusu yapılmalıdır.
123	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.20	Tüm medikal depo malzemeleri için miktar ve son kullanma tarihi yakın olanın daha önce kullanılmasını sağlamak için gerekli tedbirler alınmış mı?
		EH.20.1	Kamu idaresi ile yüklenici arasında imzalanan mal alımına ilişkin sözleşmede (Teknik şartnamede) kullanım süresi 3 ay kalan tüm medikal malzemelerin bildirimleri yapılmalıdır.
		EH.20.2	Kamu idaresi ile yüklenici arasında imzalanan mal alımına ilişkin sözleşmede (Teknik şartnamede) kullanım süresi dolan veya dolmak üzere olan tüm medikal malzemeler fiyat farkı veya ek bir maliyet talep edilmeden değiştirilmelidir.
		EH.20.3	Miad yenileme yapılırken tüm medikal malzemeler MKYS üzerinden "Miad Uzatımı Çıkış" işlem türü ile yüklenici firmaya çıkışı yapılmalıdır. Yükleniciden gelen uzun miadlı malzemelerde "Miad Uzatımı Giriş" işlemi ile kayıtlara alınmalıdır.
		EH.20.4	Tüm medikal depolarda düzenli olarak miktar ve miad kontrolleri yapılmalıdır.
124	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.
125	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.
126	MEDİKAL DEPO	MD.3	Faturada TITUBB (Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Ulusal Bilgi Bankası) barkod ve etiket adı, seri/lot numaraları mevcut mu?
		MD.3.1	Medikal malzemelerin faturalarında TITUBB (Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Ulusal Bilgi Bankası) barkodu ve etiket adı, seri / lot numaraları bulunmalıdır.
127	MEDİKAL DEPO	MD.4	Hastane Bilgi Yönetim Sistemi'nin MKYS (Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemi) ile tam entegrasyonu sağlanmış mı? (ADSH'lerde değerlendirilecektir.)
		MD.4.1	HBYS- MKYS entegrasyonu tam olarak sağlanmış olmalıdır.
128	MEDİKAL DEPO	MD.5	Medikal depoda stok düzeyi iki ayın (60 gün) altında mı?
		MD.5.1	Medikal depoda stok düzeyinin iki ayın (60 gün) altında olmalıdır.

129	MEDİKAL DEPO	MD.6	Medikal depolarda bulunan tehlikeli maddelerin yönetimine yönelik düzenlemeler yapılmış mı?
		MD.6.1	Tehlikeli malzemelerin yönetimine ilişkin yazılı döküman ve tehlikeli maddelerin listesi bulunmalıdır. (Yazılı dökümanlar ve listeler; çalışma alanlarında tercihen duvara monte PVC kitap şeklinde olmalıdır.)
		MD.6.2	Tehlikeli maddeler uygun koşullarda depolanmalıdır.
		MD.6.3	Tehlikeli maddelerin üzerinde tehlikeli madde sınıfını gösteren etiketler bulunmalıdır.
130	MEDİKAL DEPO	MD.7	Medikal depolar uygun fiziki koşullara sahip mi?
		MD.7.1	Yer, duvar ve tavanları su geçirmez, temizlenebilir, rutubet önleyici ve dayanıklı malzemeyle kaplanmış, boyanmış olmalıdır.
		MD.7.2	Depolardaki atık su boruları açıkta görülmeyecek şekilde kapatılarak yalıtımı yapılmalıdır.
		MD.7.3	Depoda bulunan malzemelerin duvar ve zemin ile teması bulunmamalıdır.
		MD.7.4	Raf sistemi bulunan depolarda; rafların birbirine ve duvara sabitlenmiş olması gerekmektedir.
		MD.7.5	Haşerelere karşı önlem alınmalıdır.
		MD.7.6	Aydınlatma yeterli olmalıdır. (TS EN 12464'e göre depo alanı 100 lüks, depo sorumlusu odası 500 lüks)
		MD.7.7	Periyodik temizlik ve bakım kontrolleri yapılmalıdır. Temizlik ve bakım kontrol formları depo sorumlusunda bulunmalıdır.
		MD.7.8	Medikal depo alanları yeterli havalandırmaya sahip olmalı ve yeterli iklimlendirme sağlanmalıdır.
		MD.7.9	Medikal Depo alanlarında yerleşim planı bulunmalıdır.
		MD.7.10	Depo, sağlık tesisinin ihtiyacını karşılayacak yeterlilikte fiziki yapıya sahip olmalıdır.
131	MEDİKAL DEPO	MD.8	Depoların güvenliğini sağlamak amacıyla gerekli düzenlemeler yapılmış mı?
		MD.8.1	Hırsızlık için gerekli tedbirler alınmalıdır.
		MD.8.2	Yangın tehlikesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.
		MD.8.3	Deprem, su basması ve sel felaketlerine karşı gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.
		MD.8.4	Elektığe bağlı yaşanacak olumsuzluklara karşı gerekli tedbirler alınmalıdır.(Elektrik kablo su gibi açıkta aktif kaynak bırakmamak vb.)
132	MEDİKAL DEPO	MD.9	Medikal depolarda ilaç ve tıbbi malzemeler uygun koşullarda saklanıyor mu?
		MD.9.1	Medikal depolarda ilaçlar uygun sıcaklıkta ve nem koşullarında saklanmalıdır.
		MD.9.2	Medikal depolardaki tıbbi malzemeler uygun sıcaklıkta ve nem koşullarında saklanmalıdır.
		MD.9.3	Medikal depolarda, sıcaklık ve 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.9.4	Işıktan korunması gereken ilaç ve tıbbi malzemeler için gerekli düzenleme yapılmalıdır.
133	AYNIYAT DEPO	AD.1	Ayniyat depo Taşınır Kayıt ve Kontrol Yetkilileri'nin görevlendirilme yazıları tebliğ edilip, MKYS'de görevli oldukları depoların tanımlamaları yapılmış mı?
		AD.1.1	Ayniyat depolarında görevlendirilen, Taşınır Kayıt ve Kontrol Yetkililerinin görevlendirmeleri tebliğ edilmiş ve bu görevlendirme Taşınır Kayıt Kontrol Yetkilileri tarafından tebliğ edilmiş olmalıdır.
		AD.1.2	Taşınır Kayıt ve Kontrol Yetkililerinin görevli oldukları depolara kullanıcı ve rol tanımlama işlemleri için, genel sekreterliklerde görevli II Konsolide Yetkilisi'ne yazılmış talep yazısı olmalıdır.
134	AYNIYAT DEPO	AD.2	Ayniyat depoların yönetimine ilişkin organizasyon yapısı ve iletişim kanalları belirlenmiş mi?
		AD.2.1	Ayniyat depolarda, depo yönetimine ilişkin mevzuata uygun organizasyon yapısı bulunmalıdır.
		AD.2.2	Bu organizasyon yapısında, sağlık tesisi, genel sekreterlik ve kurum başkanlığı dahilinde iletişim kanalları bulunmalıdır.
135	AYNIYAT DEPO	AD.3	HBYS'de yapılan ve entegrasyon ile MKYS'ye gönderilen her türlü işlemlerin (giriş, çıkış, aylık tüketim bildirimi vb.) TIF'leri MKYS sisteminden alınıyor mu?
		AD.3.1	HBYS'de yapılan ve entegrasyon ile MKYS'ye gönderilen her türlü giriş, çıkış, aylık tüketim bildirimi vb. işlemlerin TIF (taşınır işlem fişleri)'leri HBYS sisteminden değil, MKYS sistemi üzerinden alınmalı ve dosyalanmalıdır.
136	AYNIYAT DEPO	AD.4	Ayniyat dayanıklı taşınırların üzerinde malzeme bilgilerini gösteren etiketler mevcut mu?
		AD.4.1	Sağlık tesisi içerisinde yer alan ayniyat dayanıklı taşınırların üzerinde malzeme adı, sicil, seri veya künye numaralarını gösteren etiketler bulunmalıdır.
137	AYNIYAT DEPO	AD.5	Ayniyat dayanıklı taşınır depolarında yapılan her türlü H.E.K. işlemleri yönetmeliklere uygun yapılıyor mu?
		AD.5.1	Ahşap aksamlı taşınırların imha işlemi (Kullanılamaz hale gelme / Yok olma) oluşturulan komisyonun gözetiminde yapılmalıdır. Bu işleme ilişkin ayrıca bir imha tutanağı düzenlenmeli, imha işleminde özel mevzuat hükümleri dikkate alınmalıdır.
		AD.5.2	Ayniyat dayanıklı taşınırların H.E.K. işlemlerinde kullanılabilir durumdaki parçaların değerlendirilme süreci bulunmalıdır.
138	AYNIYAT DEPO	AD.6	Her türlü tedarik yolu ile ayniyat depolarına girişi yapılacak malzemelerin muayene kabul, hizmet ifa ve teslim tutanakları ayniyat depolarından sorumlu Taşınır Kayıt Kontrol Yetkilisi'nin gözetiminde düzenleniyor mu?
		AD.6.1	Ayniyat depolarına girişi yapılacak malzemelerin muayene kabul, hizmet ifa ve teslim tutanakları v.b işlemlerde ayniyat depolarından sorumlu Taşınır Kayıt Kontrol Yetkilisi bulunmalıdır.
139	AYNIYAT DEPO	AD.7	Ayniyat depo alanları uygun fiziki koşullara sahip mi?
		AD.7.1	Yer, duvar ve tavanları su geçirmez, temizlenebilir, rutubet önleyici ve dayanıklı malzemeyle kaplanmış, boyanmış olmalıdır.
		AD.7.2	Depolardaki atık su boruları açıkta görülmeyecek şekilde kapatılarak yalıtımı yapılmalıdır.
		AD.7.3	Depo raflarında bulunan malzemelerin duvar ve zemin ile teması bulunmamalıdır.
		AD.7.4	Depoda bulunan raf sistemlerinde devrilmeye karşı gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.
		AD.7.5	Haşerelere karşı önlem alınmalıdır.
		AD.7.6	Depo, hastane ihtiyacını karşılayacak yeterlilikte fiziki yapıya sahip olmalıdır.
		AD.7.7	Depolarda malzeme yerleşim planı bulunmalıdır.
140	AYNIYAT DEPO	AD.8	Depoların güvenliğini sağlamak amacıyla gerekli düzenlemeler yapılmış mı?
		AD.8.1	Hırsızlık için gerekli tedbirler alınmalıdır.
		AD.8.2	Yangın tehlikesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.
		AD.8.3	Deprem, su basması ve sel felaketlerine karşı gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

		AD.8.4	Elektiriğe bağlı yaşanacak olumsuzluklara karşı gerekli tedbirler alınmalıdır.(Elektrik kablosu gibi açıkta aktif kaynak bırakmamak vb.)
141	AYNİYAT DEPO	AD.9	Yeni göreve başlayan ayniyat depo Taşınır Kayıt ve Kontrol Yetkilileri'ne uyum eğitimleri verilerek, eğitim planı, talimatı ve eğitim dokümanları oluşturulmuş mu?
		AD.9.1	Yeni göreve başlayan ayniyat depo Taşınır Kayıt Kontrol Yetkilileri'ne, Taşınır Mal Yönetmeliği'ne uygun olarak Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemi eğitimleri verilmelidir.
		AD.9.2	Eğitim planı, içeriği ve katılımcılar hakkında kayıtlar olmalıdır.
142	AYNİYAT DEPO	AD.10	Özellikli sağlık araçlarındaki dayanıklı taşınırların ilgili depoya kaydı yapıldıktan sonra, sağlık aracının ilk kayıthı değeri düzeltilerek MKYS'de yeniden kayıt altına alınıyor mu?
		AD.10.1	Özellikli sağlık araçlarındaki biyomedikal dayanıklı taşınırların MKYS'de ilgili depoya kaydı yapılmış olmalıdır.
		AD.10.2	Sağlık araçlarındaki biyomedikal dayanıklı taşınırlara belirlenmiş tutar kadar, aracın daha önceki kayıtlı bedelinden düşünülerek ayniyat dayanıklı taşınır depolarına düzeltme çıkış ve düzeltme giriş işlemi ile kayıt altına alınmalı ve saymanlığa bildirimi yapılmalıdır.
143	AYNİYAT DEPO	AD.11	Teknik servis dokümanlarında ayniyat taşınırlarına ait sicil veya seri numaraları üzerinden işlem yapılıyor mu?
		AD.11.1	Teknik servis formlarında ayniyat dayanıklı taşınırlara ait sicil, seri veya künye numaraları bulunmalıdır.
144	AYNİYAT DEPO	AD.12	Bağış ve hibe olarak edinilen taşınırların MKYS'ye kaydı yapılıyor mu?
		AD.12.1	Bağış ve hibe yolu ile edinilen taşınırlar MKYS'de kayıt altına alındıktan sonra, giriş TİF'lerinin ilgili saymanlığa bildirimleri yapılmalıdır.
145	AYNİYAT DEPO	AD.13	Düzeltilme işlemi yapılan malzemelerin TİF'leri muhasebe birimine gönderiliyor mu?
		AD.13.1	Düzeltilme işlemi yapılan malzemelerin 2. düzey hesap kodlarında değişiklik yapıyorsa düzeltme TİF'leri muhasebe işlem fişi ile birlikte muhasebeve bildirilmelidir.
146	AYNİYAT DEPO	AD.14	Ambarlar arası devir çıkış ve devir giriş işlemlerinde 2. düzey taşınır kodları, tutar ve miktarlar uyumlu mu?
		AD.14.1	Sağlık tesisi içinde yapılan ambarlar arası devir çıkış ve devir giriş işlemleri için düzenlenen Taşınır İşlem Fişlerinde 2. düzey taşınır kodları, miktar ve tutarlar aynı olmalıdır.
147	AYNİYAT DEPO	AD.15	Ayniyat tüketim depoları için HBYS ile MKYS entegrasyonu sağlanmış mı?
		AD.15.1	Ayniyat depolarında HBYS kullanılıyor ise; MKYS ile entegrasyonun uygunluğu sağlanmış olmalıdır.
		AD.15.2	HBYS entegrasyonu ile MKYS'ye gönderilen verilerin doğruluğu karşılaştırılmalı, depolardaki mevcut malzemelerin (-) eksi stoğa düşüp düşmediği kontrol edilmelidir.
148	AYNİYAT DEPO	AD.16	Ayniyat dayanıklı taşınırlar teknik hizmet kapsamında sağlık tesisi dışına çıkarıldığında, MKYS "Malzeme İşlemleri" modülünden emanet çıkış ve emanet iade işlemi yapılıyor mu?
		AD.16.1	Ayniyat dayanıklı taşınırlar teknik hizmet kapsamında sağlık tesisi dışına çıkarıldığında, MKYS "Malzeme İşlemleri" modülünden emanet çıkışı yapılmalı, emanet çıkışı yapılan dayanıklı taşınıra ait çıkış TİF'i dayanıklı taşınırı teslim eden ve teslim alan tarafından imzalanmalıdır.
		AD.16.2	Ayniyat dayanıklı taşınırlar sağlık tesisine geri iade edildiğinde, MKYS "Malzeme İşlemleri" modülünden emanet iade işlemi yapılmalı, emanet iade işlemi yapılan dayanıklı taşınıra ait giriş TİF'i dayanıklı taşınırı teslim eden ve teslim alan tarafından imzalanmalıdır.
149	AYNİYAT DEPO	AD.17	Satınalma, devir, hurda, hibe vb. giriş ve çıkış işlem TİF'leri düzenlendikten sonra en geç 10 gün içerisinde muhasebeleştiriliyor mu?
		AD.17.1	Muayene kabul tarihinden itibaren en geç 10 gün içerisinde taşınır işlem fişi düzenlenerek, bir nüshası ödeme emri belgesi ekinde muhasebe birimine gönderilmelidir.
		AD.17.2	Muhasebe birimine kaydının yapılabilmesi açısından aralık ayının 20. gününden sonra (acil değilse) malzeme alımı ve fatura kabulünün yapılmaması gerekmektedir.
150	AYNİYAT DEPO	AD.18	Ayniyat depolarda takibi yapılan malzemelerin MKYS/TDMS ve MKYS/KBS ile uyumluluk kontrolleri ilgili dönemlerde yapılıyor mu?
		AD.18.1	Döner sermaye tüketim çıkış bildirimleri birer aylık, genel bütçe tüketim çıkış bildirimleri ise üçer aylık dönemlerde ilgili saymanlıklara gönderilir. Saymanlıkların bu bildirimleri gönderilen ay içinde TDMS veya KBS'ye işlemesi zorunludur. Saymanlıklara gönderilen giriş, çıkış, devir, düzeltme v.b işlem TİF'lerinin TDMS veya KBS'ye doğru şekilde işlendiğinin takibi için MKYS/TDMS ve MKYS/KBS hesap kontrolleri ilgili dönemlerde yapılmalıdır.
151	AYNİYAT DEPO	AD.19	TDMS ve MKYS'de dayanıklı taşınır kayıtları uygun şekilde yapılıyor mu?
		AD.19.1	TDMS ve MKYS'de dayanıklı taşınır kayıtları uygun şekilde yapılmalıdır. MKYS'de 253-01 Tesisler Grubu kodunda dayanıklı taşınır kaydı bulunmamalıdır. İlgili kod taşınmaz olarak değerlendirildiğinden taşınır kod listesine alınmamıştır. Sadece TDMS muhasebe detay hesap planlarında yer alacaktır. Daha önceden MKYS 253-01 Tesisler Grubuna girişi yapılmış dayanıklı taşınırlar düzeltme işlemi ile uygun kodlara kaydedilmelidir.
152	AYNİYAT DEPO	AD.20	Fatura girişi yapılan malzemelerin MKYS sisteminde depo kaydı oluşturulmuş mu?
		AD.20.1	Entegrasyon ve entegrasyon kapsamında olmayan depolarda depo kayıtlarının oluşturulup, oluşturulmadığı kontrol edilmelidir.
153	AYNİYAT DEPO	AD.21	Kişi veya ortak kullanıma verilen zimmet tutanakları mevcut mu?
		AD.21.1	Kişi veya ortak kullanıma verilen zimmetlerin tutanakları karşılıklı imzalandıktan sonra bir nüshası zimmet sahibine teslim edilmelidir.
		AD.21.2	Kişi veya ortak kullanıma verilen zimmet tutanakları güncel olmalı ve dosyalanmalıdır.
154	BIYOMEDİKAL DEPO	BD.1	Biyomedikal Depo yönetimine ilişkin organizasyon yapısı ve iletişim kanalları belirlenmiş mi?
		BD.1.1	Depo sorumluluk alanlarının belirtildiği; Sağlık tesisi, Genel Sekreterlik ve Kurum Başkanlığı ile iletişim kanalları ve bilgilerinin yer aldığı bir organizasyon yapısı yazılı olarak bulunmalıdır.
		BD.1.2	Depo sorumluluk alanlarının belirtildiği; sağlık tesisi, Genel Sekreterlik ve Kurum Başkanlığı ile iletişim kanalları ve bilgilerinin yer aldığı bir organizasyon yapısı yazılı olarak bulunmalıdır.
155	BIYOMEDİKAL DEPO	BD.2	Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt Kontrol Yetkilileri mevzuata uygun şekilde görevlendirilmiş mi?
		BD.2.1	Harcama yetkilisi tarafından Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt Kontrol Yetkililerine görevlendirmeleri tebliğ edilmiş ve bu görevlendirme Taşınır Kayıt Kontrol Yetkilileri tarafından tebellüğ edilmiş olmalıdır.
156	BIYOMEDİKAL DEPO	BD.3	Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt ve Kontrol Yetkililerine yönelik eğitim dokümanları mevcut mu?
		BD.3.1	Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt ve Kontrol Yetkililerine İl Konsolide Görevlileri tarafından Taşınır Mal Yönetimine yönelik mevzuat ve MKYS kullanım eğitimi verilmelidir.

		BD.3.2	Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt ve Kontrol Yetkililerine Klinik Mühendislik Hizmetleri Birimleri tarafından biyomedikal dayanıklı taşınır sınıflandırma (tür, tanım, taşınır kod gibi) ve cihaz bilgilendirmesine yönelik teknik bilgi verilmelidir.
157	BİYOMEDİKAL DEPO	BD.4	İstatistik biriminin biyomedikal dayanıklı taşınır ile ilgili tuttuğu veriler ve Sağlık Tesisinin mevcut durumu ile biyomedikal dayanıklı taşınır depo kayıtları birbiri ile uyumlu mu?
		BD.4.1	İstatistik biriminin biyomedikal dayanıklı taşınır ile ilgili tuttuğu veriler ile biyomedikal dayanıklı taşınır depo kayıtları birbiri ile uyumlu olmalıdır.
		BD.4.2	Sağlık Tesisinin mevcut durumu ile biyomedikal dayanıklı taşınır depo kayıtları birbiri ile uyumlu olmalıdır.
158	BİYOMEDİKAL DEPO	BD.5	Biyomedikal dayanıklı taşınır depo kapsamındaki hesap kodlarında kayıtlı olan ancak biyomedikal dayanıklı taşınır niteliğinde olmayan malzemelerin uygun depolara devirleri yapılmış mı?
		BD.5.1	Biyomedikal Dayanıklı Taşınır Depo kapsamındaki hesap kodlarında kayıtlı olan ancak biyomedikal dayanıklı taşınır niteliğinde olmayan demirbaşların uygun depolara devirleri yapılmalıdır.
		BD.5.2	Biyomedikal Dayanıklı Taşınır Depo kapsamındaki hesap kodlarında kayıtlı olan ancak tüketim malzemesi niteliğinde olan malzemelerin uygun depolara devirleri yapılmalıdır.
159	BİYOMEDİKAL DEPO	BD.6	Özellikli sağlık araçlarında bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırın depo kaydı mevcut mu?
		BD.6.1	Özellikli sağlık araçlarında bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırın depo kaydı bulunmalıdır.
160	BİYOMEDİKAL DEPO	BD.7	Sağlık Tesisinden kullanılan yazılımların depo kaydı mevcut mu?
		BD.7.1	Satın alınan yazılımların 267-01 altında ilgili 2. Düzey Taşınır Kodunda depo kaydı olmalıdır.
		BD.7.2	Hizmet alımı yapılan veya sürekli olarak edinilen yazılımların 740.99.03.04 “Bilgisayar, Bilgisayar Sistemleri ve Yazılımları Kiralaması Giderleri” hesap kodundan kayıt altına alınması gerekmektedir.
		BD.7.3	Hizmet alımı yapılan veya sürekli olarak edinilen yazılımların Dayanıklı Taşınır Hizmet Alım Ekranında kaydı olmalıdır.
161	BİYOMEDİKAL DEPO	BD.8	Biyomedikal dayanıklı taşınırlara ve tüketim malzemelerine ait fatura içeriği depo kayıtlarına uygun mu?
		BD.8.1	Biyomedikal dayanıklı taşınırlara ait fatura içeriği depo kayıtlarına uygun olmalıdır.
		BD.8.2	Biyomedikal tüketim malzemelerine ait fatura içeriği depo kayıtlarına uygun olmalıdır.
		BD.8.3	Biyomedikal dayanıklı taşınır ve tüketim malzemelerinin satın alma süreçlerinde kullanılan tanımlamalar depo kayıtlarına uygun olmalıdır.
162	BİYOMEDİKAL DEPO	BD.9	Biyomedikal tüketim malzemesi istem belgelerinde istenilen malzemenin tanımı ve kullanılacağı taşınır a 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 taşınır a 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.
163	BİYOMEDİKAL DEPO	BD.10	Biyomedikal dayanıklı taşınırın sağlık tesisi dışına çıkarıldığında, MKYS “Malzeme İşlemleri” modülünden emanet çıkışı yapılıyor mu?
		BD.10.1	Biyomedikal dayanıklı taşınır teknik hizmet kapsamında sağlık tesisi dışına çıkarıldığında, MKYS “Malzeme İşlemleri” modülünden emanet çıkışı yapılmalı, emanet çıkışı yapılan dayanıklı taşınır a ait çıkış TİF’i dayanıklı taşınır teslim eden ve teslim alan tarafından imzalanmalıdır.
		BD.10.2	Biyomedikal dayanıklı taşınırın sağlık tesisine geri iade edildiğinde, MKYS “Malzeme İşlemleri” modülünden emanet iade işlemi yapılmalı, emanet iade işlemi yapılan dayanıklı taşınır a ait giriş TİF’i dayanıklı taşınır teslim eden ve teslim alan tarafından imzalanmalıdır.
164	BİYOMEDİKAL DEPO	BD.11	Piyasa Gözetimi ve Denetimi (PGD) Uyarı Sistemine yönelik yapılacak iş ve işlemlerle ilgili yazılı bir talimat mevcut mu?
		BD.11.1	Biyomedikal Depolar kapsamında Piyasa Gözetimi ve Denetimi (PGD) Uyarı Sistemine yönelik yapılacak iş ve işlemlerle ilgili yazılı bir talimat mevcut olmalıdır.
165	BİYOMEDİKAL DEPO	BD.12	Sağlık tesisinde bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırın zimmet bilgisi MKYS’de mevcut mu?
		BD.12.1	Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (acil, poliklinik, laboratuvar, servis, ameliyathane, görüntüleme, sterilizasyon) bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırın zimmetli olduğu personel ya da zimmetli olduğu kullanım veri bilgisi güncel olmalıdır.
166	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.1	Klinik Mühendislik Hizmetleri’ne ilişkin organizasyon yapısı ve iletişim kanalları belirlenmiş mi?
		KM.1.1	Harcama yetkilisi tarafından Klinik Mühendislik hizmetlerinden sorumlu personele görevlendirmeleri tebliğ edilmiş ve bu görevlendirme sorumlu personel tarafından tebliğ edilmiş olmalıdır.
		KM.1.2	Klinik Mühendislik Hizmetleri’ne ilişkin mevzuata uygun organizasyon yapısı bulunmalıdır.
		KM.1.3	Bu organizasyon yapısında Sağlık tesisindeki sorumlu personel ile Genel Sekreterlik ve Kurum Başkanlığındaki ilgili kişilerin iletişiminin sağlanması için bu kişilerin iletişim kanalları ve bilgileri verilmelidir.
167	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.2	Klinik Mühendislik Hizmetleri görev ve sorumluluk alanlarında kullanılan yazılımların MKYS entegrasyonu sağlanmış mı?
		KM.2.1	Klinik Mühendislik Hizmetleri görev ve sorumlulukları alanında kullanılan yazılımların Türkiye Kamu Hastaneleri Kurum Başkanlığı tarafından düzenlenmiş entegrasyon belgesi bulunmalıdır.
168	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.3	Biyomedikal dayanıklı taşınırın üzerinde, MKYS’de yer alan bilgilerin olduğu kare kodu içeren etiket mevcut mu?
		KM.3.1	Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (acil, poliklinik, laboratuvar, servis, ameliyathane, görüntüleme, sterilizasyon) bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırın üzerinde, MKYS’de yer alan bilgilerin olduğu kare kod içeren etiket olmalıdır.
169	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.4	MKYS’de Dayanıklı Taşınır Envanter Yönetimi Ekranı üzerinden girilen veri girişleri doğru şekilde yapılıyor mu?
		KM.4.1	Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (acil, poliklinik, laboratuvar, servis, ameliyathane, görüntüleme, sterilizasyon) bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırın MKYS’de Dayanıklı Taşınır Envanter Yönetimi Ekranı üzerinden girilen idari ve teknik veri girişleri doğru şekilde yapılmalıdır.
170	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.5	Tedarik edilen biyomedikal dayanıklı taşınır ve tüketim malzemelerine yönelik muayene - kabul, hizmeti ifa ve teslim tutanakları uygun şekilde düzenleniyor mu?
		KM.5.1	Sağlık tesisi tarafından hizmet alımı haricinde bir yolla temin edilen biyomedikal dayanıklı taşınırlara yönelik muayene - kabul ve teslim tutanakları ilgili komisyon üyelerinden en az biri Klinik Mühendislik Hizmetleri Birim personeli ve/veya Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt Kontrol Yetkilisi olacak şekilde düzenlenmelidir.

		KM.5.2	Sağlık tesisi tarafından temin edilen biyomedikal tüketim malzemelerine yönelik teslim tutanakları Klinik Mühendislik Hizmetleri Birim personeli ve/veya Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt Kontrol Yetkilisi tarafından imzalanmış olmalıdır.
		KM.5.3	Hizmet alım yoluyla temin edilen biyomedikal dayanıklı taşınırlara yönelik hizmeti ifa tutanakları ilgili komisyon üyelerinden en az biri Klinik Mühendislik Hizmetleri Birim personeli ve/veya Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt Kontrol Yetkilisi olacak şekilde düzenlenmelidir.
		KM.5.4	Sahibi olunan biyomedikal dayanıklı taşınırlara uygulanan biyomedikal teknik hizmetlerin (bakım, onarım, metroloji, kurulum gibi) hizmeti ifa tutanakları ilgili komisyon üyelerinden en az biri Klinik Mühendislik Hizmetleri Birim personeli ve/veya Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt Kontrol Yetkilisi olacak şekilde düzenlenmelidir.
171	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.6	Biyomedikal dayanıklı taşınırlara yönelik kullanıcı eğitimleri veriliyor mu?
		KM.6.1	Sağlık tesislerinde kullanılan biyomedikal dayanıklı taşınırlara, kullanıcı eğitimi verildiğine dair kayıtlar ilgili birimlerde / eğitim birimlerinde bulunmalıdır.
		KM.6.2	Klinik Mühendislik Hizmetleri Biriminde sağlık personeline biyomedikal dayanıklı taşınırların kullanımına yönelik verilen eğitimlerin dokümanları bulunmalıdır.
172	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.7	Biyomedikal dayanıklı taşınırların aktif, pasif ve arızada kalma süreleri kayıt altına alınıyor mu?
		KM.7.1	Hizmet alım yoluyla edinilen biyomedikal dayanıklı taşınırların aktif, pasif ve arızada kalma süreleri kayıt altına alınmalıdır.
		KM.7.2	Demirbaş niteliğindeki biyomedikal dayanıklı taşınırların aktif, pasif ve arızada kalma süreleri kayıt altına alınmalıdır.
		KM.7.3	Biyomedikal dayanıklı taşınırlara ait aktif, pasif, arızalı durumu MKYS’de güncel olmalıdır.
173	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.8	Sözleşme kapsamındaki biyomedikal dayanıklı taşınırların %95 aktif çalışma (uptime) süreleri ile ilgili hükümler sözleşmelerde mevcut mu?
		KM.8.1	Sözleşme kapsamındaki biyomedikal dayanıklı taşınırların %95 aktif çalışma (uptime) süreleri ile ilgili hükümler sözleşmelerde mevcut olmalıdır.
		KM.8.2	Sözleşme hükümlerince biyomedikal dayanıklı taşınırların aktif çalışma (uptime) süreleri kayıt altına alınmalıdır.
174	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.9	Özellikli biyomedikal dayanıklı taşınırlara yönelik elektrik dalgalanmaları ve şebeke kesintilerine karşı tedbir alınmış mı?
		KM.9.1	Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (acil, poliklinik, laboratuvar, servis,) bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırlara yönelik elektrik dalgalanmaları ve şebeke kesintilerine karşı tedbir alınmalıdır.
		KM.9.2	Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (ameliyathane ve sterilizasyon) bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırlara yönelik elektrik dalgalanmaları ve şebeke kesintilerine karşı tedbir alınmalıdır.
		KM.9.3	Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (görüntüleme) bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırlara yönelik elektrik dalgalanmaları ve şebeke kesintilerine karşı tedbir alınmalıdır.
		KM.9.4	Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (acil, poliklinik, laboratuvar, servis) bulunan kesintisiz güç kaynaklarının kullanım-bakım ve acil müdahale plan ve prosedürleri bulunmalı, periyodik bakımları yapılmalıdır.
		KM.9.5	Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (ameliyathane ve sterilizasyon) bulunan kesintisiz güç kaynaklarının kullanım-bakım ve acil müdahale plan ve prosedürleri bulunmalı, periyodik bakımları yapılmalıdır.
		KM.9.6	Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (görüntüleme) bulunan kesintisiz güç kaynaklarının kullanım-bakım ve acil müdahale plan ve prosedürleri bulunmalı, periyodik bakımları yapılmalıdır.
		KM.9.7	Sağlık tesislerinde bulunan kesintisiz güç kaynakları ve altyapı özellikleri sağlık tesisinin ihtiyaçlarını karşılayabilecek yeterlilikte olmalıdır.
175	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.10	Faydalı ömrünü tamamlamış biyomedikal dayanıklı taşınırların HEK’e ayrılmasına, kullanılamaz hale gelen biyomedikal tüketim malzemelerinin ise kullanım dışı bırakılmasına yönelik yazılı bir düzenleme var mı?
		KM.10.1	Faydalı ömrünü tamamlamış biyomedikal dayanıklı taşınırların HEK’e ayrılmasına yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır.
		KM.10.2	Kullanılamaz hale gelen biyomedikal tüketim malzemelerinin kullanıma uygun olmadıklarının belirlenmesine ve bu durumlarda kullanım dışı bırakılmasına yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır.
176	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.11	Sağlık tesislerinde biyomedikal dayanıklı taşınırların arızalanması durumunda ilgili birimdeki kullanıcıların yapması gerekenlerle ilgili yazılı düzenleme mevcut mu?
		KM.11.1	Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (acil, poliklinik, laboratuvar, servis, sterilizasyon) bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların arızalanması durumunda ilgili birimlerdeki kullanıcıların yapması gerekenlerle ilgili yazılı düzenleme bulunmalıdır.
		KM.11.2	Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (ameliyathane) bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların arızalanması durumunda ilgili birimlerdeki kullanıcıların yapması gerekenlerle ilgili yazılı düzenleme bulunmalıdır.
		KM.11.3	Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (görüntüleme) bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların arızalanması durumunda ilgili birimlerdeki kullanıcıların yapması gerekenlerle ilgili yazılı düzenleme bulunmalıdır.
177	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.
178	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.13	Biyomedikal teknik hizmetlerin Teknik Hizmet Yönetim Ekranı üzerinden veri girişleri yapılıyor mu?
		KM.13.1	Biyomedikal teknik hizmetlerin Teknik Hizmet Yönetim Ekranı üzerinden veri girişleri yapılmalıdır.
		KM.13.2	Teknik Hizmet Yönetim Ekranına girilen tutar işlem başına TDMS 740.06.16.02 “Tıbbi Cihaz Bakım ve Onarım Giderleri” hesap kodu ile eşit olmalıdır.
		KM.13.3	Teknik Hizmet Yönetim Ekranına girilen işlemlerin toplam tutarı ile TDMS’deki bu hizmetler ile ilgili toplam tutar eşit olmalıdır.
179	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.14	Biyomedikal teknik hizmetlere ait fatura içeriği Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetimi Ekranına yapılan veri girişleriyle uyumlu mu?
		KM.14.1	Biyomedikal teknik hizmetlere ait fatura içeriği Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetimi ekranında yer alan teknik hizmet türleriyle uyumlu olmalıdır.
		KM.14.2	Biyomedikal teknik hizmetlere ait fatura içeriği Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetimi ekranında yer alan biyomedikal cihaz bilgileriyle uyumlu olmalıdır.
		KM.14.3	Biyomedikal teknik hizmetlere ait fatura içeriği Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetimi ekranında yer alan ödeme bilgileriyle uyumlu olmalıdır.

180	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.15	Teknik hizmet uygulanan biyomedikal dayanıklı taşınırlara ait künye numaraları teknik servis formlarında yer alıyor mu?
		KM.15.1	Teknik servis formlarında biyomedikal dayanıklı taşınırlara ait künye numarası bulunmalıdır.
		KM.15.2	Ölçümleme (metroloji) raporlarında biyomedikal dayanıklı taşınırlara ait künye numarası bulunmalıdır.
181	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.16	Sağlık tesisi dışından alınan biyomedikal teknik hizmet faaliyetleri süresince hizmeti sunan kişilere sağlık tesisi ilgili personeli tarafından refakat ediliyor mu?
		KM.16.1	Sağlık tesisi dışından alınan biyomedikal teknik hizmet faaliyetleri süresince hizmeti sunan kişilere sağlık tesisi ilgili personeli tarafından refakat edilmeli, refakat ettiğine ilişkin kayıt bulunmalıdır.
182	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.17	Biyomedikal Metroloji Faaliyetleri kapsamında yapılan işlemler mevzuata uygun yapılıyor mu?
		KM.17.1	Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (acil, poliklinik, görüntüleme, laboratuvar, servis, ameliyathane, sterilizasyon) bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların biyomedikal metroloji faaliyetleri kapsamında raporlama işlemleri mevzuata uygun olmalıdır.
		KM.17.2	Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (acil, poliklinik, görüntüleme, laboratuvar, servis, ameliyathane, sterilizasyon) bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların biyomedikal metroloji faaliyetleri kapsamında hizmet veren personel niteliği mevzuata uygun olmalıdır.
		KM.17.3	Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (acil, poliklinik, görüntüleme, laboratuvar, servis, ameliyathane, sterilizasyon) bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların biyomedikal metroloji faaliyetleri kapsamında kullanılan referans cihazların (kalibratör, fantom, analizör gibi) niteliği mevzuata uygun olmalıdır.
183	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.18	Merkezi gaz sistemine bağlı gaz dağıtım panolarında rutin kontroller yapılıyor mu? (Merkezi gaz sistemi bulunmayan sağlık tesisleri muaf tutulacaktır.)
		KM.18.1	Medikal gazların rutin kontrollerinin yapılmasına yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır.
		KM.18.2	Medikal gazların merkezi kontrol panolarının basınç ve akış kontrolleri günlük olarak yapılmalı ve ölçülen/gözlemlenen değerler kayıt altına alınmalıdır.
		KM.18.3	Merkezi ünitelerde olumsuz durumlarda işitsel ve görsel uyarı veren kontrol yapıları bulunmalıdır.
		KM.18.4	Medikal gazların kat kontrol panolarının periyodik bakımları yapılmalıdır.
184	KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ	KM.19	İşçi Sayısı Tespit Sisteminde (İSTS) bildirilen Biyomedikal Teknik Hizmet Alımı Personeline yönelik görev tanımı ve iş emri listesi mevcut mu? (Bu alanda hizmet alım personeli bulunmayan sağlık tesisleri muaf tutulacaktır.)
		KM.19.1	Biyomedikal Teknik Hizmet Alımı ile edinilen insan kaynağı dönemsel olarak İşçi Sayısı Tespit Sistemine bildirilmelidir.
		KM.19.2	Bildirilen Biyomedikal Teknik Hizmet Alımı her personel için görev tanımı bulunmalı, sağlık tesisi ilgili personeli tarafından bu görevler her personele tebliğ edilmeli ve personel tarafından tebellüğ edilmelidir.
		KM.19.3	Bildirilen Biyomedikal Teknik Hizmet Alımı her personele yönelik iş emri kayıtları tutulmalıdır.

