

	T.C NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	HB.PR.06
		YAYIN TARİHİ	01.01.2016
		REVİZYON NO	02
	KLİNİK İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ	REVİZYON TARİHİ	01.01.2024
		SAYFA NO	1 / 14

1. AMAÇ: Hastanemizin tüm kliniklerinde yatan hastalarımızın tanı, tedavi işlemlerini hasta ve çalışan güvenliği kapsamında yapmaktır.

2. KAPSAM: Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinin klinik çalışanlarını ve bu kliniklerden hizmet alan tüm hasta ve hasta yakını kapsar.

3. KISALTMALAR:

HBYS: Hastane Bilgi Yönetim Sistemi

DÖF:Düzeltilici-Önleyici Faaliyet Formu

HBTC:Hasta Başı Test Cihazı

İM:Intramuskuler

IV:Intravenöz

SC:Subcutan

4.TANIMLAR:

Anemnez :Hasta özgeçmişi

Order :Hekimin hastaya yapılmasını istediği tedavi ve müdahaleleri yazdığı form.

Hasta Başı Test Cihazları:Laboratuvar dışında sağlık hizmeti sunulan bölümlerde, hasta başında test amaçlı olarak erken tanı için kullanılan (glukometre, kangazı cihazı vb.) test cihazlarıdır.

Profilaksi :Hastalıkların oluşumu veya ilerlemesini önlemek amacıyla yapılan tıbbi girişimler

5.SORUMLULAR:

- Öğretim Üyesi,
- Asistan Doktor,
- Sorumlu Hemşire,
- Hemşire,
- Acil Tıp Teknisyeni,
- Sağlık Memuru,
- Sekreter,
- Hasta Bakıcı,
- Temizlik Personeli,

6. FAALİYET AKIŞI:

6.1 KLİNİKLERDE GÜNLÜK KONTROLLER:

6.1.1 Hasta yatışı öncesi yapılması gerekenler:

- ❖ Gün içinde klinik sorumlu hemşiresi tarafından boş yatak hazır bulundurulması sağlanır.
- ❖ Hasta odası oksijen ve vakum sistemi kontrol edilir.
- ❖ Hasta odası hasta yatağı ekipmanları çalışır durumda olup olmadığı kontrol edilir.
- ❖ Hasta odasının temizliği kontrol edilir.
- ❖ Hasta odası yatak çarşaf, yastık ve nevresim takımları değişimi sağlanır.

	T.C NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	HB.PR.06
		YAYIN TARİHİ	01.01.2016
		REVİZYON NO	02
	KLİNİK İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ	REVİZYON TARİHİ	01.01.2024
		SAYFA NO	2 / 14

- ❖ Hasta odası hasta kişisel kullanım alanı musluk, aydınlatma ve temizliği kontrol edilir.
- ❖ Yapılan kontrollerde aksaklık var ise ilgili teknik birime haber verilerek düzeltilir. Hasta odası sürekli kullanıma hazır halde tutulur.

6.2.HASTANIN KABULÜ:

- 6.2.1. Hastanın, kliniğe yatışına hekim tarafından karar verilir.
- 6.2.2. Yatan hastaya sekreterlik işlemlerini sekreter tarafından gerçekleştirilir.
- 6.2.3.Klinik sekreteri hasta bilgilerini HYBS programına uygun olarak bilgisayara işler.

6.3 HASTAYA/HASTA YAKININA EĞİTİMİN VERİLMESİ:

6.3.1 Bölüme Uyumu: Hastanın/hasta yakınının bölüme uyumu hastanın ilk yatışında görevli hemşiresi tarafından yapılır.

Hastanın kliniğe yatışında hemşire, hasta/hasta yakınına;

- ❖ Kahvaltı ve yemek saatleri,
- ❖ Hasta ve yakınının uyması gereken kuralları,
- ❖ Ziyaret saatleri ve kuralları,
- ❖ Telefon kullanımı,
- ❖ Hasta yatağı kullanımı,
- ❖ Tuvalet-banyo kullanımı,
- ❖ Hemşire çağrı sistemi kullanımı,
- ❖ Hekimin günlük vizitleri konularında bilgilendirerek yatan hasta dosyasında bulunan yatan hasta /hasta yakını eğitim formuyla kayıt altına alır.

6.3.2. Hasta/hasta yakınları hastanın genel durumu ve tedavi süreci hakkında hekim tarafından bilgilendirilir.

6.3.3.Yatışı yapılan hasta hemşire tarafından **Hemşirelik Süreci Hasta Tanılama Formu** doldurularak hastanın fiziki,sosyal,mental durumu ve bakım gereksinimleri değerlendirilir. Hasta sahipleri hastane ve servis kuralları hakkında bilgilendirildikten sonra, hasta için pijama, terlik, havlu vb. ihtiyaçları istenir.

6.4. HASTA KİMLİĞİNİN TANIMLANMASI VE DOĞRULANMASI:

6.4.1.Servise yatışı yapılan hastaya hasta kimlik doğrulama kol bandı uygulaması; hasta kimliğinin doğrulanması prosedürüne göre yapılır.Hasta kimlik kol bandına barkod yapıştırılır.

6.4.2.Hasta kimlik tanımlama işleminde kullanılan barkodlu kol bandında;

- ❖ Protokol numarası (kalın ve büyük punto),
- ❖ Hasta adı– soyadı,
- ❖ Doğum tarihi (gün–ay–yıl), bilgileri yer alır.
- ❖ **Beyaz:**Yatışı yapılan her hastada beyaz renkli kimlik tanımlayıcı kullanılır.

	T.C NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	HB.PR.06
		YAYIN TARİHİ	01.01.2016
		REVİZYON NO	02
	KLİNİK İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ	REVİZYON TARİHİ	01.01.2024
		SAYFA NO	3 / 14

❖ **Kırmızı:** Alerji öyküsü olan alerjik hastalarda ise sadece kırmızı renkli kimlik tanımlayıcı kullanılır. Yatışında alerji öyküsü olmayıp, sonradan alerji olan veya öyküsü değişen hastanın kimlik tanımlayıcısı kırmızı renk tanımlayıcı ile değiştirilir.

❖ **Yeşil:**Psikiyatri hastalarında renkli kimlik tanımlayıcı kullanılır.

❖ Annede ki BEYAZ kimlik tanımlayıcısı bebeğin cinsiyetine göre; kız bebekler için küçük **PEMBE**, annesi için büyük **PEMBE** renkli kimlik tanımlayıcısı,

❖ Yenidoğan erkek bebekler için küçük **MAVİ** annesi için büyük **MAVİ** renkli kimlik tanımlayıcısı olarak değiştirilir.

6.4.3.Tüm bu bilgiler şuuru açık hastalarda kendilerine veya yakınlarına sorularak hastanın kimlik bilgileri ile kaydı yapılır.

6.4.4.Şuuru kapalı ve küçük çocuk hastalarda ise hasta bilgileri hasta yakınlarından alınarak kaydedilir. Ayrıca hastanın TC.kimlik numarası, nüfus cüzdanı vb. kimlik bilgileri ile de doğrulanır.

6.4.5.Klinik hemşirelerine kimlik tanımlayıcıların kullanımı ve hasta kimliğinin doğrulanması konusunda eğitim verilir.Eğitim katılım formuna kaydedilir, ilgili birim ve eğitim biriminde dosyalanır.

6.5. HASTANIN GENEL DURUMUNUN DEĞERLENDİRMESİ:

6.5.1.Hekim:

Hekim hastanın anamnezini alır, muayenesini yapar ve muayene bilgilerini hasta dosyasına kayıt eder. Doktor tarafından gerekli tetkik istemleri yapılır.Doktor hastanın tedavi planında belirtir.

6.5.2.Hemşire:

Hastanın genel durumu fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden hemşirelik süreci hasta tanımlama formu üzerinden hastanın öyküsünü alarak değerlendirir. Hemşire hasta takip ve ilaç uygulamalarını **Hemşire Gözlem Formuna** kayıt eder. Uygulamayı yapan hemşire parafını atar.

6.5.3 Yatan Hasta Düşmelerinin Önlenmesi:

- ❖ Hasta düşme risk değerlendirilmesi yetişkinlerde **İtali II Düşme Riski Değerlendirme Ölçeğiyle**, çocuklarda ise **Harizmi II Düşme Riski Değerlendirme Ölçeği** ile değerlendirilir.
- ❖ Hastanın klinik durumuna göre düşme riski değerlendirmesi tekrarlanır.
- ❖ Hasta düşme riski açısından risk düzeyine göre yüksek risk taşıyor ise hemşire desk/odasına en yakın odaya alınır. Uygun oda hastaya tahsis edilir.
- ❖ Düşme riski olan hastalar düşen adam figürü ile tanımlanır tek kişilik odalarda oda giriş kapısına,iki ve daha fazla yatak bulunan odalarda hasta başına figür asılır.
- ❖ Yatan hastalarda düşme olayı gerçekleştiğinde HBYS üzerinden düşen hasta olay bildirim formu doldurulur.

6.5.4 Hasta ve Ailesinin Bilgilendirilmesi ve Rızasının Alınması:

- ❖ **Hasta Ve Ailesinin Bilgilendirilmesi Ve Onamının Alınması Hastanın Bilgilendirilmesi Ve Rızasının Alınması Prosedürüne** uygun şekilde yapılır.

	T.C NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	HB.PR.06
		YAYIN TARİHİ	01.01.2016
		REVİZYON NO	02
	KLİNİK İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ	REVİZYON TARİHİ	01.01.2024
		SAYFA NO	4 / 14

- ❖ Yapılacak girişimsel işlemin farklılığına göre onam formu hasta/hasta yakınına anlatılır ve imzası alınır.

Basamaklar;

- Bilgilendirilmesi, yapılacak riskli girişimsel işlemleri,
- Riskli girişimsel işlemler öncesinde bilgilendirmenin ve rıza alınmasının nasıl yapılacağı,
- Kim tarafından yapılacağını,
- İşlemden beklenen faydaları,
- İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar,
- Varsa işlemin alternatifleri,
- İşlemin riskleri-komplikasyonları,
- İşlemin tahmini süresi,
- Hastanın adı, soyadı ve imzası,
- İşlemi uygulayacak hekimin adı, soyadı, unvanı ve imzası,
- Rızanın alındığı tarih ve saat bulunmaktadır.
- Ayrıca: hastanın onama dair onayladığı maddeler yer almaktadır.

6.5.5. Hasta Mahremiyetinin Sağlanması:

Hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik her türlü tedbiri hastaya işlem gerçekleştiren personel (hekim,hemşire,sağlık memuru,temizlik görevlisi) almakla yükümlüdür.

Hasta mahremiyetinin sağlanması **Hasta Mahremiyetinin Ve Tıbbi Kayıtlara Erişimde Bilgi Mahremiyetinin Sağlanması Talimatına** göre yapılır.

6.5.6. Hastanın Beraberinde Getirdiği İlaçların Yönetimi:

Hastanın yanında getirdiği ilaç varsa, bu doktoru tarafından kontrol edilir.Yatışı süresince kullanması gerektiğine karar verirse bu ilaçlar servis hemşiresi tarafından **Hastanın Beraberinde Getirdiği İlaç/Malzeme Teslim Formu** doldurularak kayıt altına alınır.Hekim tarafından tedavi planına yazıldıktan sonra uygulanır.

6.5.7. Hastaya/Hasta Yakınına Eğitimin Verilmesi:

Yatan hastalara eğitim, yatan hasta eğitim prosedürüne uygun şekilde verilir. Eğitimler hastanın hastanemize yatışında ilgili sağlık personeli tarafından verilir, **Yatan Hasta/Hasta Yakını Eğitim Formunda** kayıt altına alınır.

Eğitim Başlıkları ;

- Kullanacağı ilaçlar
- Tıbbi cihazlar

	T.C NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	HB.PR.06
		YAYIN TARİHİ	01.01.2016
		REVİZYON NO	02
	KLİNİK İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ	REVİZYON TARİHİ	01.01.2024
		SAYFA NO	5 / 14

- Beslenmeleri
- Egzersizleri
- Kontrol zamanı ve bakıma ilişkin dikkat edilecek hususlar
- El Hijyeni
- Sigara kullanan hastalara sigarayı bırakma tavsiye eğitimleri verilerek yatan hasta dosyasında bulunan yatan hasta/hasta yakını eğitim formu doldurularak kayıt altına alınır.

6.5.8 Hemşire Bakım Planının Düzenlenmesi ve Uygulanması:

Hasta gereksinimleri doğrultusunda hemşire bakım planını düzenler.

Hastanın gereksinimlerini hemşire bakım planı üzerinden değerlendirir, hastanın gereksinimi olarak belirlenen başlıkları işaretler.

Bu planda;

- Hastanın belirlenen bakım gereksinimleri,
- Bu bakım gereksinimlerine yönelik hedefler,
- Bakım gereksinimlerine yönelik uygulamalar,
- Uygulama sonuçlarının değerlendirilmesini hemşire yapar.

6.6 TIBBİ İŞLEMLER:

6.6.1 Hekimin günlük tedavi planını (order) yazması ve hemşirenin uygulanması:

- ❖ Günlük hasta vizitleri doktor ve hemşire tarafından yapılır.
- ❖ Gerekli kayıtlar tedavi planına doktor tarafından yazılarak imzalanır.
- ❖ Tedavi planında ilacın tam adı, uygulama zamanı-dozu,uygulama şekli ve veriliş süresi kısaltma kullanılmadan yazılmalıdır. Günlük doktorun verdiği istemler tedavi planına bakılarak hastanın tedavisi buna göre yapılır.
- ❖ Hemşire veya doktor günlük olarak doktor tedavi planında yazılı ilaçları eczaneden temin etmek için HBYS programından istem yapar.
- ❖ Servis personeli tarafından hastane eczanesinden alınan narkotik grubu olmayan ilaçlar hemşire tarafından teslim alınıp, kontrol edilir, eksikler varsa eczaneye irtibat kurulur.
- ❖ Hastaya uygulanan tüm müdahaleler, kullanılan malzemeler, hasta nakil ve çıkışı HBYS'ye kaydedilir.
- ❖ Hastaya verilen ilaçların uygulaması sırasında kimlik doğrulama yapılır. Uygulayan hemşire takip kağıdına adını soyadını, saatini ve uygulama yoluyla dozunu yazar. Stajyerlerin ilaç uygulamaları hemşire gözetiminde yapılır.
- ❖ Hekim günlük tedavi planında ilacın adını (kısaltma kullanmadan), dozunu, veriliş yolunu, ilacın veriliş süresini (5dk.-30dk. vb.), tarihini, günlük uygulanma sayısını (1x1-1x2-2x1-2x2 vb.), uygulanma saatini (09.00-21.00 vb.) okunaklı olarak yazar.

	T.C NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	HB.PR.06
		YAYIN TARİHİ	01.01.2016
		REVİZYON NO	02
	KLİNİK İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ	REVİZYON TARİHİ	01.01.2024
		SAYFA NO	6 / 14

- ❖ Hekim tedavi planında hastaya yeni uygulanacak ilaç yazmış ise hastanın alerji öyküsü olup, olmadığını hemşire ile birlikte kayıtlardan kontrol eder.
- ❖ Bu ilaca dair alerji öyküsü varsa bu ilacı iptal ederek bu alana notunu yazar, kaşeler, imzalar ve tedavi planını yeniden düzenler. Hastaya beyaz kimlik kol bandı çıkartılarak kırmızı kol bandı takılır.
- ❖ Hekim her tedavi planına tarihi, saati, yazar ve kaşesini basarak imzalar.
- ❖ Tedavi planında yer alan ilaçlara dair hastanın alerji öyküsü olup, olmadığını kontrol eder.
- ❖ Hekimin tedavi planını uygulayacak hemşire, tarihi, uygulanma saatini (09.00-21.00 vb.) ilacın adını, uygulama dozunu, veriliş yolunu, veriliş süresini, günlük uygulanma sayısını, (1x1-1x2-2x1 2x2v.b.),okunaklı olarak **Hemşire Gözlem Formuna** kayıt eder.
- ❖ Uygulamayı doğru ilaç, doğru doz, miadı, doğru zaman, doğru yol, doğru hasta kontrolünü yapar.
- ❖ İlacın veriliş yoluna göre olan talimata uygun olarak uygular.(Oral, İM, SC, İV)

6.6.2 Sözel Order

- ❖ İlaç uygulaması sözel olarak alınması halinde **Sözlü Ve Telefonla Tabip Talimatına** göre yapılır. İstemi alan kişi tarafından sözlü ve telefonla tabip talimatı formuna yazılır,yazılı işlem tekrar okunur.Gerektiği durumlarda ilacın adı kodlanarak tekrar edilir,istemi veren kişi onaylar.
- ❖ Sözel order verildikten sonra en geç 24 saat içerisinde doktor tarafından tedavi planına yazılır ve kaşelenerek imzalanır.

6.6.3 İlaç Yönetimi

- ❖ Doktor hastayı vizite ettikten sonra günlük gözlem ve fikirlerini, ameliyat notunu epikrize yazar.
- ❖ Hasta ilaçları günlük olarak hastane eczanesinden tedavi planı ile temin edilir.
- ❖ Eczaneden günlük tedavi planında yazılı ilaçlar alınır, haricinde stok oluşturulmaz.

6.6.3.1.Advers etki bildirimi:

- ❖ Ciddi ve beklenmeyen advers etkiler,**Advers Etki Bildirim Formu** ile farmakovijilans sorumlusuna bildirilir.

6.6.3.2.Akılcı İlaç Kullanımı:

- ❖ Akılcı ilaç kullanımı farkındalık oluşturulmasına yönelik akılcı ilaç kullanım planı/politikasına uygun şekilde yürütülür.
- ❖ Hastalara sözel olarak bilgilendirme yapılarak gerekli eğitimler verilir.

6.6.3.3.İlaç Güvenliği

- ❖ İlaçların güvenli uygulanmasına yönelik yazı düzenleme eczane ve ilaç yönetimi prosedüründe anlatılmaktadır.
- ❖ İlaçlar, kapalı kaplarda ve kişiye özel olarak hazırlanır.

	T.C NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	HB.PR.06
		YAYIN TARİHİ	01.01.2016
		REVİZYON NO	02
	KLİNİK İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ	REVİZYON TARİHİ	01.01.2024
		SAYFA NO	7 / 14

- ❖ Tedavi planına hekim ilacın tam adını, uygulama zamanını, dozunu, uygulama şeklini ve veriliş süresini yazar. Hemşire hekimin tedavi planını uygular.
- ❖ Tedavi sürecindeki ilaçları hastaya hemşire uygular.
- ❖ İlaçlar serviste depolanırken ; yüksek riskli ilaçlar ayrı raflarda ,narkotik ilaçlar kilitli dolaplarda ,soğuk zincire uyulması gereken ilaçlarda günlük ısı takibinin yapıldığı buzdolaplarında muhafaza edilir.
- ❖ Bu raflarda yerleşimi yaparken yazılışı-okunuşu-ambalajı birbirine benzeyen ilaçlar karışma riski düşünülerek ayrı raflarda istiflenir, aynı zamanda bu dolaplarda **Yazılışı-Okunuşu-Ambalajı Birbirine Benzeyen İlaçların Listeleri** kullanım alanlarında bulunmalıdır.
- ❖ Pediatrik dozdaki ilaçların dolaplardaki yerleşim yeri diğer ilaçlardan ayrı yapılır.Pediatrik dozdaki ilaçların kilografa göre dozların listesi kullanım alanlarında bulunmalıdır.
- ❖ Klinikte kilitli dolaplarda muhafaza edilen narkotik ilaçlar günlük sayımı yapılarak teslim edilir ve alınır.Kullanılmışsa ;ilacın hangi hastaya kaç adet kullanıldığı,tarihi,ilacı kimin uyguladığı narkotik ilaç defterine kaydedilmelidir.

6.6.4.Buzdolaplarının Isı Takibi:

- ❖ Buzdolaplarının içinde bulunan malzemelere göre sıcaklık takibini buzdolaplarının içinde bulunan her malzemenin (ilaç/kit) olması gereken ısı aralıklarını **Sıcaklık Takip Formuna** kayıt eder.

6.6.5.Acil Arabaların Kontrol Edilmesi

- ❖ Acil arabaları ve acil çantaları içinde, acil müdahalelerde kullanılmak üzere acil müdahale seti bulunur.
- ❖ Acil arabası kontrolünü klinik sorumlu hemşiresi tarafından her kullanımdan sonra ve her ayın ilk mesai günü yapar.
- ❖ Acil müdahale setinde bulunması gereken ilaç, malzeme ve cihazlar **Acil Müdahale Arabası İlaç/Sarf Malzeme Takip Kontrol Formu** ile takibi yapılır

6.6.6. Eczaneye İlacın İade Edilmesi:

Kullanılan bölünebilir doz ilaçların verimli bir şekilde kullanılması, stabilitesine uygun olarak aseptik koşullarda saklanması, ilaç israfının önlenmesi, çoklu doz kullanılan ilaçların en küçük birim doz bazında faturalandırılması ve maliyetlerin azaltılması, hastalara kullanılan dozun fatura edilmesi ve kullanılmayan ilaç dozlarının uygun koşullarda imhasının yapılarak insan ve çevre sağlığı açısından risklerin ortadan kaldırılması amaçlanmaktadır. Tedavi sonrası yarım kalan ampuller servis hemşiresi ve hekim tarafından 2 nüsha **“Yarım Doz İlaç İmha Formu”** doldurulup tehlikeli atık bidonuna atılır. İmha tutanağının bir nüshası eczaneye gönderilir.

Uyuşturucu ve psikotrop ilaçların kırılması durumunda veya hastaya yarım doz uygulandığı durumlarda kalan doz için, Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğünün 13.06.2008 tarih ve 039071 sayılı yazılarına istinaden, aynı gün ilgili hekim, eczacı ve servis hemşiresi ile birlikte müştereken kullanım sonrası

	T.C NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	HB.PR.06
		YAYIN TARİHİ	01.01.2016
		REVİZYON NO	02
	KLİNİK İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ	REVİZYON TARİHİ	01.01.2024
		SAYFA NO	8 / 14

” Artan uyuşturucu ve/veya psikotrop ilaç imha tutanağı” ile imha edilir. 2 nüsha hazırlanan tutanağın 1 tanesi eczanede diğeri serviste muhafaza edilir ve bu tutanakla ilaç eczane tarafından iade alınır .

6.6.7.Hastalara Yapılan Girişimsel İşlemler:

- ❖ Üriner katater takılı olan hastanın katater bakımını (pansumanını) hemşire, **Üriner Katater Bakım Talimatına** göre yapar ve hemşire gözlem formuna işler.
- ❖ IV. branül takılı hastanın branülü 72 saatte değiştirilir. **Damar Yolu Açma Talimatına** göre ve hemşire gözlem formuna işlenir.
- ❖ Hastaya intra müsküler enjeksiyon gerekiyorsa hemşire intra müsküler enjeksiyon uygulama talimatına göre gerçekleştirir.

6.6.8.Hasta Takibi

- ❖ Hemşire klinikte yatan hastaların tedavileri ve doktorun yazdığı tedavi planına göre ateş, nabız, tansiyon takiplerini rutin olarak yapar.
- ❖ Refakatçisi olmayan hastaları hemşire odasına en yakın odaya yatırır ve bir saatlik aralıklarla kontrol eder.
- ❖ Hasta taburcu olana kadar bakımları ve tedavileri ile ilgili süreçte takiplerine devam eder.

6.6.9.Hareket Kısıtlama Kararı ve Kontrolü:

Yatan hastalarda hareket kısıtlamasına yönelik uygulamalar **Kısıtlama Altındaki Hasta Bakım Prosedürüne** göre yapılır.

Kısıtlık kararı ve istemi:

- ❖ Hareket kısıtlama kararı hekim tarafından verilir,
- ❖ Hareket kısıtlama kararı tedavi planında yer alır,

Tedavi planında;

- ❖ Uygulamanın başladığı tarih ve saati belirtilir,
- ❖ Uygulamanın hangi aralıklarla kontrol edilmesi gerektiği belirtilir,
- ❖ Uygulamanın sonlandırıldığı tarih ve saat belirtilir,
- ❖ Kısıtlılığın devamı ile ilgili karar en geç 24 saatte bir hastanın hekimi gözden geçirir.

6.6.10Transfüzyon Süreci:

Transfüzyon Sürecine Yönelik İşleyiş Transfüzyon Hizmetlerine Yönelik Süreçler Ve Bu Süreçlere Yönelik Kurallar Prosedürüne göre yapılır.

Kan bileşeni istek formunda hastanın;

- ☞ Adı soyadı
- ☞ Protokol numarası

	T.C NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	HB.PR.06
		YAYIN TARİHİ	01.01.2016
		REVİZYON NO	02
	KLİNİK İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ	REVİZYON TARİHİ	01.01.2024
		SAYFA NO	9 / 14

- ☞ Tedavi gördüğü bölüm
- ☞ Tanısı
- ☞ Kan grubu
- ☞ Transfüzyon endikasyonu
- ☞ Hastaya daha önce transfüzyon yapıp yapılmadığı
- ☞ Hasta kadın ise daha önce doğum yapıp yapmadığı
- ☞ İstem gerekçesi
- ☞ Kan ürününün türü ve miktarı
- ☞ Planlanan veriliş süresi
- ☞ Hekim kaşesi ve imzası mutlaka doldurulmalıdır.

6.6.10.1.Transfüzyon Güvenliği:

- ❖ Transfüzyon öncesi, çapraz karşılaştırma test sonucu ile hasta bilgileri iki sağlık çalışanı tarafından doğrulanır. Transfüzyondan hemen önce, iki sağlık çalışanı tarafından; hastanın kimliği, türü ve miktarı planlanan veriliş süresi doğrulanmalıdır

6.6.10.2.Transfüzyon İzlem:

- ❖ Transfüzyonun ilk 15 dakikası sağlık çalışanı tarafından gözlemlenmeli,
- ❖ Transfüzyon boyunca her 30 dakikada bir hastanın vital bulguları yatan hasta dosyasında bulunan kan bileşeni transfer ve transfüzyon izlem formuna kayıt edilir.

6.6.11.Kişisel Koruyucu Ekipman Kullanımı :

- ❖ Bölüm bazında kullanılacak kişisel koruyucu ekipmanlar **Kişisel Koruyucu Ekipman Listesinde** belirtildiği gibi kullanılır.
- ❖ Bölüm bazında belirlenen kişisel koruyucu ekipmanların kontrolü klinik sorumlu hemşiresi tarafından takip edilir.
- ❖ Kişisel koruyucu ekipmanlar çalışma alanlarında ulaşılabilir alanlarda bulundurulmalı ve her personel yerini bilmelidir.
- ❖ Kişisel koruyucu ekipmanların kullanımı konusunda klinik sorumlu hemşiresi bölümde çalışanlara eğitim vermelidir.

6.6.12.Hastaların İzolasyonun Sağlanması:

- ❖ Kliniklerdeki enfeksiyon kontrolüne yönelik uygulamalar **İzolasyon Talimatına** uygun yapılır.
- ❖ Enfekte ve kolonize hastalara yönelik izolasyon önlemleri hastanın kliniğe ilk kabulünde değerlendirilir ve alınır.
- ❖ İzolasyon odasının giriş kapısında uygulanan izolasyon yöntemini gösteren bir tanımlayıcı bulundurulur.

- ☞ Solunum İzolasyonunda **Sarı Yaprak**

	T.C NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	HB.PR.06
		YAYIN TARİHİ	01.01.2016
		REVİZYON NO	02
	KLİNİK İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ	REVİZYON TARİHİ	01.01.2024
		SAYFA NO	10 / 14

- ☞ Damlacık İzolasyonunda **Mavi Çiçek**
- ☞ Temas İzolasyonunda **Kırmızı Yıldız**
- ☞ Kan ile bulaşan hastalıklarda **Kırmızı Damla** asılır.

6.6.13.Güvenli Hasta Transferi:

- ❖ Hastaların güvenli transferine yönelik uygulamalar **Hastanın Güvenli Transferi Prosedürüne** uygun olarak yapılır.
- ❖ Klinikten bir başka birime sevk sağlık personeli (doktor,ebe,hemşire,sağlık memuru vb.) eşliğinde yapılır.
- ❖ Transfer edilen hasta teslim sürecinde sağlık çalışanı tarafından, sağlık çalışanına teslim edilir.
- ❖ Hastanın durumu hakkında sağlık çalışanı tarafından, sağlık çalışanına sözlü olarak bildirilir,yatan hasta dosyasında bulunan hasta transfer formu doldurularak teslim edilir.

6.6.14.Ameliyat Hazırlıkları:

- ❖ Ameliyat öncesi karar verilen hasta ameliyat günü ve saati hakkında bilgilendirilir.
- ❖ Hasta ameliyatından en az bir gün önce; anestezi hekimi tarafından hastayı değerlendirir, anestezi preoperatif hasta değerlendirme formu doldurulur. Ameliyat uygunluğu için anestezi uzmanı tarafından karar verilirse ameliyat hazırlık işlemleri yürütülür.Anestezi onamı alınır,dosyasına eklenir.
- ❖ Ameliyattan en az bir gün önce; yapılacak işlem ve/veya işlemler ile ilgili hasta ve/veya hasta vasisi bilgilendirilerek ilgili rıza/onam alınır.
- ❖ Ameliyata gidecek hastaya hemşirelik süreci ameliyat öncesi hazırlık ve ameliyat sonrası takip formunda bulunan ameliyat öncesi hazırlık basamakları uygulanarak kayıt altına alınır.

6.6.15.Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin “Klinikten Ayrılmadan Önce”bölümü kontrolü ve taraf işaretlemesi:

- ❖ **Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin** klinikten ayrılmadan önce bölümünü hekim ve hemşire kontrol eder ve imzalar, hemşire hasta dosyasına koyar.
- ❖ Tüm cerrahi işlemlerde, klinikte doğru bölge ve taraf işaretleme süreci doktor tarafından gerçekleştirilir,ve işlem hastaya doğrulattılır.
- ❖ Hasta da taraf cerrahisi söz konusu ise hekim taraf işaretleme kalem ile işaretleme yapar.
- ❖ Taraf işaretlemesinde hastanın veya vasisinin katılması önemlidir.
- ❖ Hekim hastaya hangi taraf ve ne ameliyatı olacağını sorar.

6.6.16.Cerrahi Profilaksinin Uygulaması:

- ❖ Hekim antibiyotik kullanım kontrolü ve antibiyotik profilaksi rehberine göre uygular.
- ❖ Cerrahi profilaksi uygulanacak ise hekim tedavi planına yazar.

	T.C NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	HB.PR.06
		YAYIN TARİHİ	01.01.2016
		REVİZYON NO	02
	KLİNİK İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ	REVİZYON TARİHİ	01.01.2024
		SAYFA NO	11 / 14

- ❖ Cerrahin tedavi planına yazdığı profilaktik antibiyotiği hemşire cerrahın tedavi planına yazdığı saatte ve şekilde (uygulama yolu) hastanın durumuna göre İntravenöz (damar içi-İV) yolla uygun olarak yapar.
- ❖ Profilaksi ameliyathanede yapılacaksa hekimin tedavi planında yazan antibiyotiği hemşire ameliyathanede anestezi teknisyenine teslim eder.

6.6.17.Hastanın Ameliyathaneye Transferi:

- ❖ Hemşire, hastanın dosyası ile birlikte ameliyathaneye transferini **Hastanın Güvenli Transferi Prosedürüne**

uygun olarak sağlık personel eşliğinde yapar.

- ❖ Hemşire ve anestezi teknisyeni doğru hasta olup, olmadığı kimlik tanımlayıcıdan hastaya adı-soyadı, doktorunun adı soyadı sorularak birlikte kontrol ederler.

6.6.18.Ameliyat Sonrası Hasta Bakım ve Takibi:

- ❖ Ameliyat operasyonu bitiminde hastanın servise çıkartılması için ameliyathaneden telefonla haber verilir.
- ❖ **Hastanın Güvenli Transferi Prosedürüne** uygun olarak sağlık personel eşliğinde yatağına alınır.
- ❖ Hastanın aldığı ve çıkardığı sıvıyı hemşire takip eder hemşire gözlem formuna kayıt eder.
- ❖ Hemşire hastanın ameliyat sonrası hemşirelik süreci ameliyat öncesi hazırlık ve ameliyat sonrası takip formunda bulunan ameliyat sonrası basamakları uygulayarak takiplerini hemşire gözlem formuna kayıt eder.
- ❖ Ameliyat sonrasında yapılması gereken tedavi ve uygulamaları hekimi tedavi planına yazar, hemşire uygular.

6.6.17.Tıbbi Cihaz Takibi:

- ❖ Tıbbi cihazların bölüm bazında envanterleri klinikte bulunmaktadır.
- ❖ Tıbbi cihazların günlük kontrolü klinik sorumlu hemşiresi tarafından kontrol edilir.
- ❖ Tıbbi cihazların arızası durumunda tıbbi cihaz birimine bilgi verilir. Tıbbi cihaz birimi gelir teknik servis raporunu tutar.
- ❖ **Tıbbi Cihazların Tıbbi Cihaz Bakım, Onarım, Ölçme, Ayar Ve Kalibrasyon Planı** dahilinde cihazların bakım, onarım, ölçme, ayar ve kalibrasyonlarını yaptırır.
- ❖ Kalibre edilen cihazlara kalibrasyon etiketi yapıştırılır.

Etikette;

- ☞ Kalibrasyonu yapan firmanın adı,
- ☞ Kalibrasyonun yapıldığı tarihi,
- ☞ Kalibrasyonun yapılacağı tarih, (geçerlilik süresi)
- ☞ Sertifika numarası bulunur.

6.6.18.Hasta Başı Test Cihazlarının Kullanılması ve Kontrolü

	T.C NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	HB.PR.06
		YAYIN TARİHİ	01.01.2016
		REVİZYON NO	02
	KLİNİK İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ	REVİZYON TARİHİ	01.01.2024
		SAYFA NO	12 / 14

- ❖ Kliniklerimizde çalışan hemşirelerimiz hasta başı test cihazı olarak kan glikozunu ölçmek için glukometre cihazı kullanır.
- ❖ Kliniklerde kullanılan HBTC'nin kontrolünden ve takibinden klinik sorumlu hemşireleri sorumludurlar.
- ❖ Birim bazında HBTC envanter listesinde o bölüme ait kullanılan cihazların envanteri tutulur.
- ❖ HBTC'de çalışılmış olan tüm test sonuçlarını, hemşire hasta dosyasına kayıt eder.
- ❖ HBTC'nin bakımını, temizliğini üretici firmanın önerisine ve kullanım kılavuzuna uygun hemşire yapar.
- ❖ HBTC'nin kalibrasyonunu; hemşire hastadan kan alarak biyokimya laboratuvarına gönderir ve gelen sonuçları HBTC bakım formuna kayıt eder. HBTC ile laboratuvar sonucu arasındaki fark %10'a kadar normal kabul edilir. Bu fark % 10'den fazla olması durumunda kalite kontrol sonuçlarında uygunsuzluk tespit edilerek uygunsuzluğun düzeltilmesi için düzeltici- önleyici faaliyet başlatılarak cihaz ambara gönderilerek yenisi ile değiştirilir ve ayrıca solüsyonla yapılan kalibrasyonlarda solüsyon kutuları üzerindeki kabul edilebilir değer aralığının dışındaysa düzeltici- önleyici faaliyet başlatılarak cihaz ambara gönderilerek yenisi ile değiştirilir.

HBTC'yi kullanacak çalışanlara;

- ☞ Çalışılacak testlerin preanalitik, analitik ve postanalitik evrelerinde dikkat edilmesi gereken hususlar,
- ☞ Kalibrasyon ve kalite kontrol sonuçlarının değerlendirilmesi,
- ☞ Cihazın temizliği ve bakımı hakkında ilgili sorumlu tarafından yılda bir kez eğitim verilir.
- ☞ Kliniğe yeni başlayan hemşirelere klinik kalite birim sorumlusu yukarıda yer alan konularda eğitim verir.

6.6.19.Taburcu Hasta ve Yakınlarının Eğitimleri:

- ❖ Taburcu olan hastalarımızın kendilerine veya aile fertlerine **Hasta Taburcu Eğitimi Formuna** uygun eğitimleri verilir,

Bu eğitimde:

- ☞ Kullanacağı ilaçlar,
- ☞ Tıbbi cihazlar,
- ☞ Beslenmeleri,
- ☞ Egzersizleri,
- ☞ Kontrol zamanı,
- ☞ Bakıma ilişkin dikkat edilecek hususlar, konularında bilgilendirme yapılır.

	T.C NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	HB.PR.06
		YAYIN TARİHİ	01.01.2016
		REVİZYON NO	02
	KLİNİK İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ	REVİZYON TARİHİ	01.01.2024
		SAYFA NO	13 / 14

- ❖ Hekim tarafından taburculuk kararı verilen hastanın dosyası hemşire tarafından toplanır.
- ❖ Tüm malzeme ve ilaç girişleri kontrol edilir varsa kalan ilaçlar eczaneye ilaç iade formu ile iade edilir çıkış işlemleri başlatılır.
- ❖ Hastaya ilgili hekim ve hemşiresi taburculuk eğitimi verir.
- ❖ Hekim tarafından doldurulan taburculuk özeti / epikriz raporunun bir örneği hasta dosyasına konulur, bir örneği de hasta / yada yakınına verilir.
- ❖ Klinik hemşiresi taburculuk işlemlerini gerçekleştirilmesini sağlar, takip eder ve işlemler tamamlandığında gerekirse hastanın hazırlanmasını sağlar.

6.6.20.Hastanın Ex Olması Durumunda Yapılacaklar:

- ❖ Hastanın ex olduğu kabul edilirse doktor tarafından ölüm raporu düzenlenir.
- ❖ Hastada takılı olan kateterler (Endotrekeal tüp, nazogastrik sonda, foley sonda, damar yolu, vb) hemşire/doktor sağlık memuru/att/ebe/sağlık/personeli tarafından çıkartılır.
- ❖ Ex'in hazırlığı için personel tarafından uygun bir odaya alınır.
- ❖ Personel tarafından üzerindeki kıyafetler halen çıkartılmadı ise çıkartılır. Hasta üzerinden çıkan tüm eşyalar doktor, hemşire, acil tıp teknisyeni, sağlık memuru, ebe, sekreter ve polis tarafından tutanakla teslim alınır.
- ❖ Ex vücudu temizlendikten sonra altına personel tarafından ex çarşafı serilir.
- ❖ Personel tarafından çenesi ve ayak başparmakları birbirine bağlanır.
- ❖ Altına serilen ex çarşafı personel tarafından ex' i kapatacak şekilde baş ve ayak kısımlarından düğüm atılır.
- ❖ Çarşafın üzerine hemşire, acil tıp teknisyeni, sağlık memuru ve ebe tarafından hastanın kimlik numarası adı soyadı ölüm saati-tarihi yazılır.
- ❖ Üstüne tekrar personel tarafından çarşaf örtülür.
- ❖ Personel tarafından morga götürülür.

7. İLGİLİ DOKÜMANLAR

- **HB.FR.89 Yatan Hasta/Hasta Yakını Eğitim Formu**
- **HB.FR.18 Hemşirelik Süreci Hasta Tanılama Formu**
- **HB.PR.01 Yatan Hasta Eğitim Prosedürü**
- **HB.PR.02 Kısıtlama Altındaki Hasta Bakım Prosedürü**
- **HB.PR.03 Hasta Kimliğinin Doğrulanması Prosedürü**
- **HB.PR.05 Hastanın Güvenli Transferi Prosedürü**
- **HD.PR.06 Hastanın Bilgilendirilmesi Ve Rızasının Alınması Prosedürü**
- **HB.PR.09 Nutrisyon Destek Ekibi Çalışma Prosedürü**
- **AS.PR.01 Acil Sağlık Hizmetine Yönelik Süreçler Ve Süreçlerin İşleyiş Prosedürü**
- **İY.FR.01 Eczane İşleyiş Ve İlaç Yönetimi Prosedürü**

	T.C NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	HB.PR.06
		YAYIN TARİHİ	01.01.2016
		REVİZYON NO	02
	KLİNİK İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ	REVİZYON TARİHİ	01.01.2024
		SAYFA NO	14 / 14

- HB.FR.25 İtaki II Düşme Riski Ölçeği Değerlendirme Formu
- HB.FR.91 Harizmi ı Düşme Riski Ölçeği Değerlendirme Formu
- EY.FR.15 Eğitim Katılım Formu
- HD.TL.01 Hasta Mahremiyetinin Ve Tıbbi Kayıtlara Erişimde Bilgi Mahremiyetinin Sağlanması Talimatı
- HB.FR.02 Hastanın Beraberinde Getirdiği İlaç/Malzeme Teslim Formu
- HB.PL.01 Hemşire Bakım Planı
- İY.TL.04 Sözlü Ve Telefonla Tabip Talimatı
- HB.FR.06 Sözlü Ve Telefonla Tabip Formu
- İY.FR.07 Advers Etki Bildirim Formu
- HB.FR.11 Hemşire Gözlem Formu
- İY.LS.02 Yazılışı Okunuşu Benzer İsimli İlaç Listesi
- İY.LS.01 Işıktan Korunması Gereken İlaçlar Listesi
- İY.LS.04 Yüksek Riskli İlaç Listesi
- İY.LS.03 Pediatrik İlaçların Çocuk Dozları Listesi
- İY.FR.06 Narkotik İlaç Defteri
- HB.FR.09 Buzdolap Sıcaklık Takip Formu
- HB.FR.17 Acil Müdahale Arabası İlaç /Sarf Malzeme Takip Kontrol Formu
- TH.FR.09 Kan Bileşeni İstek Formu
- TH.FR.01 Kan Bileşeni Transfer Ve Transfüzyon İzlem Formu
- HB.FR.04 Hasta Transfer Formu
- HB.FR.23 Hemşirelik Süreci Ameliyat Öncesi Hazırlık Ve Ameliyat Sonrası Takip Formu
- HB.LS.01 Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi
- HB.FR.114 HBTC Bakım Formu
- İY.FR.02 Eczane İlaç İade Formu
- HB.FR.03 Hasta Taburcu Eğitimi Formu
- TA.PR.01 Tıbbi kayıt ve Arşiv hizmetleri Prosedürü
- RG.TL.09 Radyoloji Randevu Verme Talimatı
- HB.TL.07 Üriner Katater Bakım Talimatı
- HB.TL.02 İntra Müsküler Enjeksiyon Uygulama Talimatı
- EN.TL.02 İzolasyon Talimatı
- HB.FR.12 Ağrı Değerlendirme Formu
- HB.FR.07 Yatan Hasta Beslenme Değerlendirme (Nrs 2002) Formu
- İY.FR.04 Eczane Yarım Doz İlaç İmha Formu