

|                                                                                  |                                                                  |                 |            |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------|------------|
|  | T.C<br>NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ<br>TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ | DOKÜMAN KODU    | RG.PR.01   |
|                                                                                  |                                                                  | YAYIN TARİHİ    | 01.05.2006 |
|                                                                                  |                                                                  | REVİZYON NO     | 03         |
|                                                                                  | RADYOLOJİ İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ                                      | REVİZYON TARİHİ | 01.01.2024 |
|                                                                                  |                                                                  | SAYFA NO        | 1 / 3      |

**1. AMAÇ :**Radyoloji Ana Bilim Dalında gerçekleştirilen radyolojik tetkik ve girişimsel radyoloji işlemlerinin standartlara uygun olarak yürütülmesi.

**2. KAPSAM :**Radyoloji Anabilim Dalı ve radyolojik tetkik yapılan ve tedavi gören hastaları kapsar.

**3.KISALTMALAR:**

HBYS : Hastana Bilgi Yönetim Sistemi

**4.TANIMLAR:**

**5.SORUMLULAR**

- Sorumlu Öğretim Üyesi
- Radyoloji Başteknisyeni
- Teknisyen
- Tekniker
- Hemşire

**6. FAALİYET AKIŞI:**

**6.1. Randevu:**Radyoloji Ana bilim Dalı tarafında gerçekleştirilen tüm radyolojik tetkik ve girişimsel işlemler ile ilgili randevular radyoloji randevu verme talimatına uygun olarak gerçekleştirilir.

**6.2.Hasta Kabul:**Sekreter HBYS programına uygun olarak hasta kabulünü gerçekleştirir.Anjiyografi ve girişimsel radyolojide hasta dosyası istenir.

**6.3.Ön Hazırlık**

**6.3.1** Ön hazırlıklarla ilgili olarak hastaya; teknisyen ve / veya hekim tarafından gerekli önerilerde bulunur.

**6.3.2** Damar yolu açılması gerekli ise damar yolu açma talimatına göre işlem teknisyen ve / veya hemşire tarafından gerçekleştirilir.

**6.3.3** Hasta sedasyonu gerekli ise ameliyathane dışı bilinçli sedasyon talimatına uygun olarak işlemler uzman anestezi uzmanı tarafından gerçekleştirilir.

**6.3.4** İlgili teknisyen çekim işlemi için gerekli ilaç hazırlama işlemlerini yürütür.

**6.4.Güvenlik Koşulları:**Radyasyon güvenliği; Radyasyon Güvenliği Tüzüğü ve Radyasyon Güvenliği Yönetmeliği ne uygun olarak radyoloji radyasyon güvenliği talimatı, radyoloji manyetik rezonans güvenliği talimatı dahilinde gerçekleştirilir.

**6.5. İşlem**

**6.5.1** Bu ünite de bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans, direk ve indirek radyograf portabl röntgeni, anjiyo, mamografi, ultrason, vasküler ve nonvasküler girişimsel radyoloji işlemleri yapılmaktadır.

|                                                                                  |                                                                           |                        |                   |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------|
|  | <b>T.C<br/>NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ<br/>TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ</b> | <b>DOKÜMAN KODU</b>    | <b>RG.PR.01</b>   |
|                                                                                  |                                                                           | <b>YAYIN TARİHİ</b>    | <b>01.05.2006</b> |
|                                                                                  |                                                                           | <b>REVİZYON NO</b>     | <b>03</b>         |
|                                                                                  | <b>RADYOLOJİ İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ</b>                                        | <b>REVİZYON TARİHİ</b> | <b>01.01.2024</b> |
|                                                                                  |                                                                           | <b>SAYFA NO</b>        | <b>2 / 3</b>      |

**6.5.2** Tetkik ve hastaya göre hastaya gerekli pozisyon ilgili bölüm radyoloji teknisyeni tarafından verilir.

**6.5.3** Radyolojik tetkiklerde kullanılacak oral ya da parenteral opak maddenin doğru ve uygun şekilde verilmesi ve güvenli çalışma koşulların sağlanması, radyoloji opak madde kullanım talimatına göre yapılır.

**6.5.4** Girişimsel radyoloji işleminde isteme ve işleme göre hastaya gerekli pozisyon yetkili hemşire veya radyoloji doktoru tarafından verilir.

**6.5.5** Makinede gerekli doz, süre ve diğer ayarlar yapılarak çekim işlemi gerçekleştirilir.

**6.5.6** Girişimsel radyoloji işlemi radyoloji doktoru tarafından gerçekleştirilir.

**6.5.7** Tetkiklerde kontrast madde kullanılması gerekiyorsa radyoloji opak madde kullanım talimatına uyarak kontrast madde uygulanır.

**6.6. Kontrol:**Çekim işlemi sırasında ve sonrasında kontrast madde verilen hastalar yan etki açısından kontrol edilerek hekim ve /veya teknisyen gerekli tavsiyelerde ve gerekirse müdahalede bulunur.

#### **6.7. Değerlendirme – Raporlama**

**6.7.1.**Tetkik ya da girişim işlemi sonuç vermez ise hastaya radyoloji hekimi tarafından randevu verilerek tetkik ya da girişim işleminin tekrarı sağlanır

**6.7.2.**Çekimler görevli uzman ya da öğretim üyeleri tarafından değerlendirilir ve raporlanır.

Girişimsel işlem ile ilgili rapor işlemi gerçekleştiren doktor tarafından yazılır ve hasta dosyasına işlem ile ilgili not düşülür.

**6.7.3.**Raporlar sekreterler tarafından hazırlanarak görevli asistan, uzman ve öğretim üyelerine onaylatılır.

**6.8. İlaç Muhafazası:**İlaçlar çekim için görevli teknisyenler tarafından uygun koşullarda muhafaza edilir.

#### **6.9. Cihaz Bakımları**

**6.9.1** Radyolojide kullanılan cihazların arızaları öncelikle hastanemiz biomedikal servisi tarafından yapılmaktadır. Eğer onarım kapsamını aşan bir arıza ise yetkili teknik servis gelerek müdahale etmektedir.

**6.9.2** Cihazların bakım ve kalibrasyonu ihale şartları gereği ilgili firmalar tarafından yapılmaktadır.

**6.9.3** Cihazlara ait bilgiler (bakım,arıza,kalibrasyon...) bölümde bulunan klasörlerde bulundurulmaktadır.

**6.9.4** Çekim protokolleri cihazın bilgisayarında ve yedek olarak disketlere kayıtlıdır.

**6.9.5** Göreve yeni başlayan teknikere kıdemli tekniker ve hekimler tarafından cihazların kullanımı ile ilgili eğitim verilmektedir.

**6.10. Atık:**İşlemler sırasında açığa çıkan atıklar hastane atık talimatına göre bertaraf edilir.

|                                                                                  |                                                                  |                 |            |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------|------------|
|  | T.C<br>NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ<br>TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ | DOKÜMAN KODU    | RG.PR.01   |
|                                                                                  |                                                                  | YAYIN TARİHİ    | 01.05.2006 |
|                                                                                  |                                                                  | REVİZYON NO     | 03         |
|                                                                                  | RADYOLOJİ İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ                                      | REVİZYON TARİHİ | 01.01.2024 |
|                                                                                  |                                                                  | SAYFA NO        | 3 / 3      |

## 7. İLGİLİ DÖKÜMANLAR

- AY.TL.01 Tıbbi Atık Talimatı
- HB.TL.14 Damar Yolu Açma Talimatı
- RG.TL.01 Radyoloji Opak Madde Kullanım Talimatı
- AH.TL.03 Ameliyathane Dışı Bilinçli Sedasyon Talimatına
- Radyasyon Güvenliği Yönetmeliği