



**T.C.
NECMETTİN ERBAKAN
ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HASTANESİ**

**SKS 6.1 ve
HASTA GÜVENLİĞİ**

KALİTE YÖNETİM BİRİMİ

Dr. Sinem BAĞCI ÇELİK

- ▶ Sağlık Bakanlığı, 27 Haziran 2015 tarihli Resmi Gazete’de Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi Ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik yayımlandı.
- ▶ Bu yönetmelikle; Sağlıkta Kalite Ve Akreditasyon Daire Başkanlığı Tarafından hazırlanan “Sağlıkta Kalite Standartları Hastane” kitabındaki ölçütleri tüm sağlık kurumları uygulamakla yükümlendirilmiştir.
- ▶ Ülkemizde sağlık hizmeti sunan tüm kamu, üniversite ve özel hastanelerde 14.03.2020 tarihinde yayınlanan SKS Hastane (Sürüm 6.1) seti kapsamında uygulama yapılmaktadır.



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

Sağlıkta Kalite Standartları

HASTANE





Türkiye Sağlıkta Kalite Sistemi



Sağlık Hizmet Kalitesi

Sağlıkta
Kalite
Standartları
(SKS)

SKS
Göstergeleri

Sağlıkta
Kalite
Değerlendir
meleri

Klinik Kalite

Klinik Kalite
Standartları

Klinik Kalite
Göstergeleri

Klinik Kalite
Ölçme
ve
Değerlendir
me Sistemi

Merkez ve Taşra Teşkilatı Kurumsal Yapısı

Tablo 12. Boyut ve Bölümler

KURUMSAL HİZMETLER	HASTA VE ÇALIŞAN ODAKLI HİZMETLER	SAĞLIK HİZMETLERİ	DESTEK HİZMETLER	GÖSTERGE YÖNETİMİ
Kurumsal Yapı	Hasta Deneyimi	Hasta Bakımı	Tesis Yönetimi	Göstergelerin İzlenmesi
Kalite Yönetimi	Hizmete Erişim	İlaç Yönetimi	Otelcilik Hizmetleri	
Doküman Yönetimi	Yaşam Sonu Hizmetleri	Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü	Bilgi Yönetim Sistemi	
Risk Yönetimi	Sağlıklı Çalışma Yaşamı	Temizlik, Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Hizmetleri	Malzeme ve Cihaz Yönetimi	
Kurumsal Verimlilik		Transfüzyon Hizmetleri	Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri	
İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi		Terapötik Aferez Hizmetleri	Atık Yönetimi	
Afet ve Acil Durum Yönetimi		Radyasyon Güvenliği	Dış Kaynak Kullanımı	
Kimyasal, Biyolojik, Radyolojik ve Nükleer (KBRN) Tehlikelerin Yönetimi		Acil Servis		
Eğitim Yönetimi		Ameliyathane		
Sosyal Sorumluluk		Yoğun Bakım Ünitesi		
		Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi		
		Doğum Hizmetleri		
		Diyaliz Ünitesi		
		Psikiyatri Hizmetleri		
		Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri		
		Biyokimya Laboratuvarı		
		Mikrobiyoloji Laboratuvarı		
		Patoloji Laboratuvarı		
		Doku Tiplendirme Laboratuvarı		
		Kemoterapi Hizmetleri		
		Organ ve Doku Nakli Hizmetleri		
		Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Hizmetleri		
		Palyatif Bakım Kliniği		
		Evde Sağlık Hizmetleri		

BOYUTLAR	TOPLAM STANDART SAYISI	TOPLAM DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ SAYISI	YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ	12	33
KURUMSAL YAPI	8	12	DOĞUM HİZMETLERİ	7	17
KALİTE YÖNETİMİ	13	41	DİYALİZ ÜNİTESİ	14	27
DOKÜMAN YÖNETİMİ	5	16	PSİKİYATRİ HİZMETLERİ	15	46
RİSK YÖNETİMİ	5	9	TOPLUM RUH SAĞLIĞI HİZMETLERİ	0	0
KURUMSAL VERİMLİLİK	0	0	BİYOKİMYA LABORATUVARI	15	41
İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM SİSTEMİ	0	0	MİKROBİYOLOJİ LABORATUVARI	18	45
GÜVENLİK RAPORLAMA SİSTEMİ	5	11	PATOLOJİ LABORATUVARI	15	43
AFET VE ACİL DURUM YÖNETİMİ	13	46	DOKU TİPLENDİRME LABORATUVARI	14	38
(KBRN) TEHLİKELERİN YÖNETİMİ	0	0	KEMOTERAPİ HİZMETLERİ	0	0
EĞİTİM YÖNETİMİ	5	18	ORGAN VE DOKU NAKLİ HİZMETLERİ	0	0
SOSYAL SORUMLULUK	4	7	FİZİKSEL TIP VE REHABİLİTASYON HİZMETLERİ	0	0
TOPLAM	58	160	PALYATİF BAKIM KLİNİĞİ	0	0
HASTA DENEYİMİ	13	33	EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ	0	0
HİZMETE ERİŞİM	5	15	TOPLAM	233	638
YAŞAM SONU HİZMETLER	8	12	TESİS YÖNETİMİ	15	37
SAĞLIKLI ÇALIŞMA YAŞAMI	12	38	OTELCİLİK HİZMETLERİ	16	45
TOPLAM	38	98	BİLGİ YÖNETİM SİSTEMİ	16	53
HASTA BAKIMI	23	70	MALZEME VE CİHAZ YÖNETİMİ	9	26
İLAÇ YÖNETİMİ	15	43	TIBBİ KAYIT ve ARŞİV HİZMETLERİ	7	13
ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ VE KONTROLÜ	12	28	ATIK YÖNETİMİ	5	14
STERİLİZASYON HİZMETLERİ	11	31	DIŞ KAYNAK KULLANIMI	3	4
TEMİZLİK, DEZENFEKSİYON VE STERİLİZASYON HİZMETLERİ	0	0	TOPLAM	71	192
TRANSFÜZYON HİZMETLERİ	11	37	GÖSTERGELERİN İZLENMESİ	7	10
TERAPÖTİK AFEREZ HİZMETLERİ	0	0	BÖLÜM BAZLI GÖSTERGELER	68	0
RADYASYON GÜVENLİĞİ	15	44	KLİNİK GÖSTERGELER	82	0
ACİL SERVİS	14	52	TOPLAM	157	10
AMELİYATHANE	12	22		557	1098
YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ	10	21			

GÜVENLİ HASTANE

Kurumsal
Hizmetler

Hasta ve Çalışan
Odaklı Hizmetler

Sağlık
Hizmetleri

Destek
Hizmetleri

Gösterge
Yönetimi

Hasta Güvenliği

Hasta Odaklılık

Etkinlik

Etkililik

Hakkaniyet

Verimlilik

Süreklilik

Uygunluk

Zamanlılık

Sağlıklı Çalışma Yaşamı

Sağlıkta Kalite Standartları

Şekil 5. Güvenli Hastane

SAĞLIKTA HİZMET KALİTE STANDARTLARI İLE İLGİLİ TÜM DÖKÜMANLARA

<https://hastane.erbakan.edu.tr/kaliteweb/>



BİRİMLERİMİZ



KALİTE BİRİMİ



DÖKÜMANLAR



PROSEDÜR: Amaç- kapsam ve uygulamalardan oluşan bir kliniğin ya da idari birimlerin işleyişine ait yazılı dokümanlardır.

Örn: Genel cerrahi işleyiş prosedürü gibi.

PROSES: Bir birimin işleyişinin başlangıçtan bitişe kadar olan sürecin şemalandırılmış halidir.

Örn: Hastanın polikliniğe gelmesi muayene olduktan sonra çıkış işlemine kadar olan süreç.

TALİMATLAR: Amaç, Kapsam ve Uygulamalardan oluşan bir kliniğin ya da birimin yapılan işlemler esnasında dikkat etmesi ve uyması gereken kuralların anlatıldığı dokümanlardır.

Örn: El yıkama talimatı, damar yolu açma talimatı gibi.

GÖREV TANIMLARI: Çalışmakta olan bütün hizmet gruplarının hak ve sorumluluklarının anlatıldığı dokümanlardır.

Örn: Hemşire görev tanımı.



Anasayfa

Komite ve Ekiplerimiz

Anketler

Gösterge Yönetimi

Dökümanlarımız ▾

Öz Değerlendirme ▾

Eğitim ▾

Hakkımızda ▾

AD.PR.121	ACİL DURUM VE AFET PROSEDÜRÜ.pdf
AD.TL.112	YANGIN SÖNDÜRME TÜPÜ KULLANMA TALİMATI.pdf
AH.FR.01	AMELİYAT DIŞI ANTEZTEZİ HASTA TAKİP FORMU.pdf
AH.FR.02	ANESTEZİ HASTA TAKİP FORMU.pdf
AH.FR.03	DOKU ÖRNEĞİ ETİKETİ.pdf

BİRİM BAZLI DÖKÜMANLARIMIZ



Acil Servis



Acil ve Afet Durum Yönetimi



Acil Yoğun Bakım



Ağrı

HASTA GÜVENLİĞİNDE TEMEL HEDEF

Hataların
hastaya
ulaşmadan
önce
belirlenmesi

Bildirilmesi

Rapor
Edilmesi

Düzeltilmesini
sağlayacak
önlemlerin
alınması

Hasta Güvenliği Hedefleri



“Önce Zarar Verme”
ilkesinden hareketle;



hastaların sağlık
hizmetinden kaynaklı
risklerden korumak,



sağlık hizmetinin en
güvenli ve nitelikli şekilde
sunulmasını sağlamak.

2004 Yılından İtibaren 3 Küresel Hasta Güvenliği Mücadelesi Başlatılmıştır

Sağlık bakımı ile ilişkili enfeksiyonların önlenmesi için “Temiz Bakım Güvenli Bakımdır (Clean Care is Safer Care)” (2005)

Cerrahi ile ilişkili riskleri azaltmak için “Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır (Safe Surgery Save Lives)” (2008)

İlaç güvenliğinin sağlanması için “Zararsız İlaç (Medication Without Harm)” (2017)



DSÖ Hasta Güvenliği Çözümleri

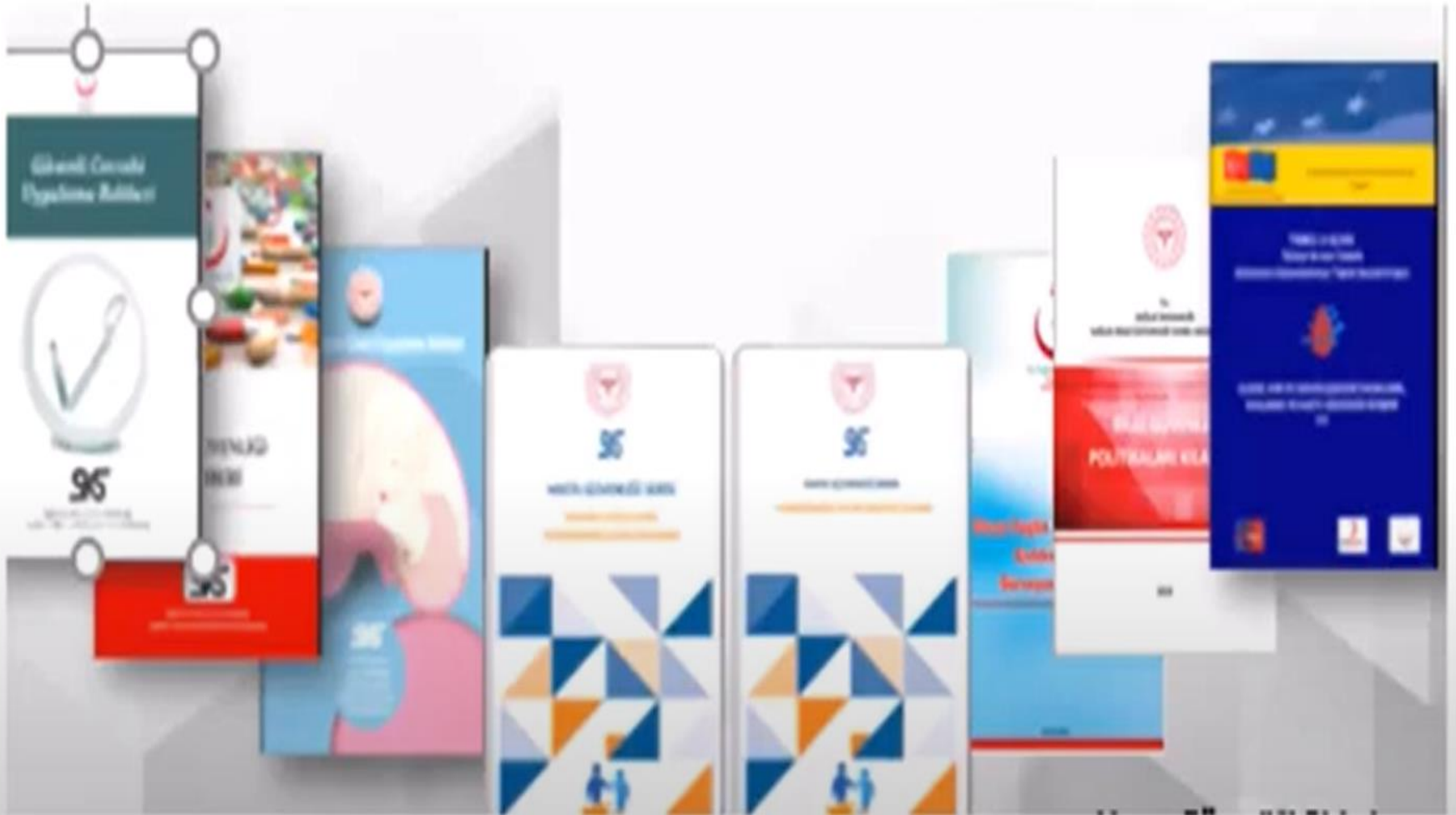


Dünya Hasta Güvenliği Günü

Dünya Sağlık Örgütü, hasta güvenliği konusuna dikkat çekmek, sağlık hizmetlerinin sunumunda hasta güvenliği konusuna vurgu yapmak için 2019 yılında küresel çapta kampanya başlatarak 17 Eylül gününü “Dünya Hasta Güvenliği Günü” olarak ilan etmiştir.

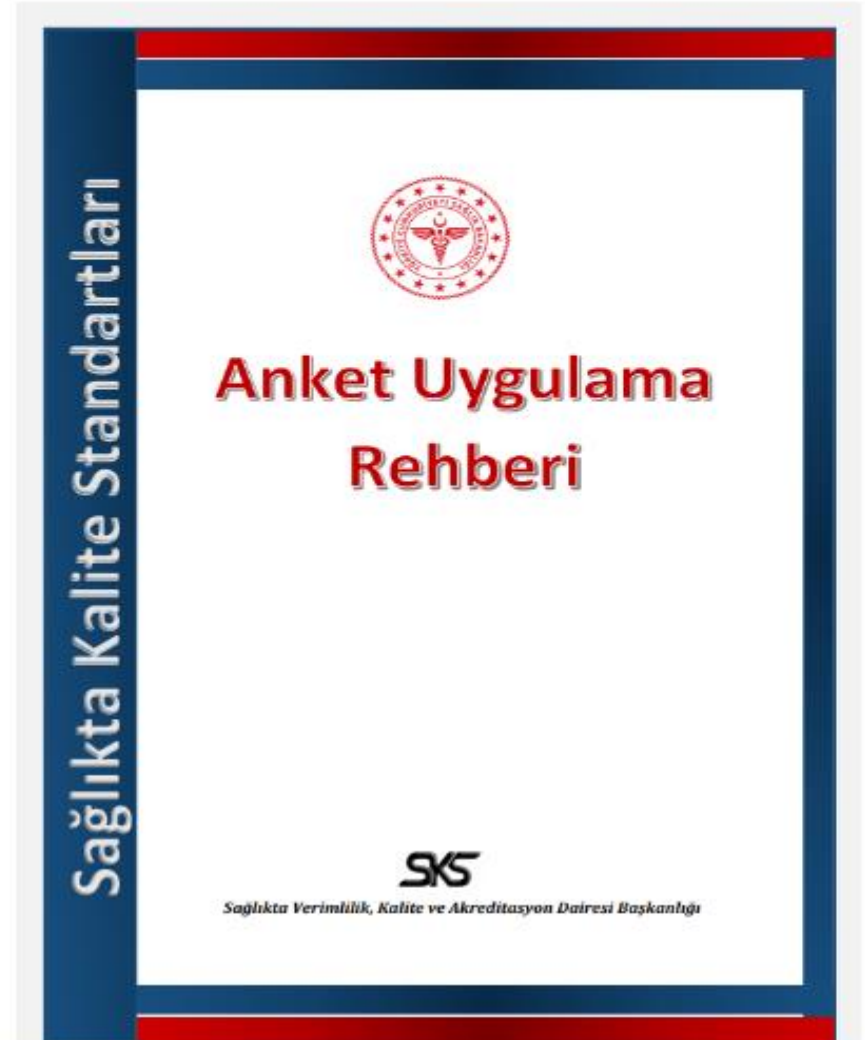


HASTA GÜVENLİĞİ İLE İLGİLİ FAALİYETLER



SKS Rehberleri

Güncelleme Tarihi 24 Haziran 2024





T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

Sağlıkta Kalite Standartları

Hastane Risk Yönetimi Rehberi



Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Sağlık Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı
Ankara, 2023

SKS Hastane Risk Yönetimi Rehberi



HASTA GÜVENLİĞİ SERİSİ

HASTA BAKIMINDA GÜVENLİ HAVA YOLU YÖNETİMİ



Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Sağlık Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı

Hasta Bakımında Güvenli Hava Yolu Yönetimi Rehberi (Sürüm 1.1)

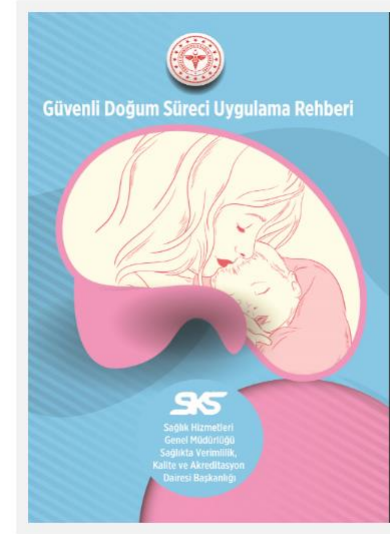
Rehberi için tıklayınız.



İlaç Güvenliği Rehberi



Güvenli Cerrahi Uygulama Rehberi



Güvenli Doğum Süreci Uygulama Rehberi



Hastane İlişkili Venöz Tromboembolilerin Önlenmesi Rehberi



Yenidoğanda Uygun Oksijen Tedavisi

Hasta Güvenliği Birim Faaliyetleri



Hasta Güvenliği Birim Faaliyetleri



<i>Yersinia enterocolitica</i>	Age	Sex
Korea 1981		
Inf		
Inf/Inf	100%	100%
Children	100%	100%
Inf	45%	50%
Korea 1982	100%	100%
A)		
A1 Inf	100%	100%
A2	100%	100%
A3 Inf	100%	100%
B	100%	100%
C	100%	100%
D	100%	100%
E	100%	100%
F	100%	100%
G	100%	100%
H	100%	100%
I	100%	100%
J	100%	100%
K	100%	100%
L	100%	100%
M	100%	100%
N	100%	100%
O	100%	100%
P	100%	100%
Q	100%	100%
R	100%	100%
S	100%	100%
T	100%	100%
U	100%	100%
V	100%	100%
W	100%	100%
X	100%	100%
Y	100%	100%
Z	100%	100%
AA	100%	100%
AB	100%	100%
AC	100%	100%
AD	100%	100%
AE	100%	100%
AF	100%	100%
AG	100%	100%
AH	100%	100%
AI	100%	100%
AJ	100%	100%
AK	100%	100%
AL	100%	100%
AM	100%	100%
AN	100%	100%
AO	100%	100%
AP	100%	100%
AQ	100%	100%
AR	100%	100%
AS	100%	100%
AT	100%	100%
AU	100%	100%
AV	100%	100%
AW	100%	100%
AX	100%	100%
AY	100%	100%
AZ	100%	100%
BA	100%	100%
BB	100%	100%
BC	100%	100%
BD	100%	100%
BE	100%	100%
BF	100%	100%
BG	100%	100%
BH	100%	100%
BI	100%	100%
BJ	100%	100%
BK	100%	100%
BL	100%	100%
BM	100%	100%
BN	100%	100%
BO	100%	100%
BP	100%	100%
BQ	100%	100%
BR	100%	100%
BS	100%	100%
BT	100%	100%
BU	100%	100%
BV	100%	100%
BW	100%	100%
BX	100%	100%
BY	100%	100%
BZ	100%	100%
CA	100%	100%
CB	100%	100%
CC	100%	100%
CD	100%	100%
CE	100%	100%
CF	100%	100%
CG	100%	100%
CH	100%	100%
CI	100%	100%
CJ	100%	100%
CK	100%	100%
CL	100%	100%
CM	100%	100%
CN	100%	100%
CO	100%	100%
CP	100%	100%
CQ	100%	100%
CR	100%	100%
CS	100%	100%
CT	100%	100%
CU	100%	100%
CV	100%	100%
CW	100%	100%
CX	100%	100%
CY	100%	100%
CZ	100%	100%
DA	100%	100%
DB	100%	100%
DC	100%	100%
DD	100%	100%
DE	100%	100%
DF	100%	100%
DG	100%	100%
DH	100%	100%
DI	100%	100%
DJ	100%	100%
DK	100%	100%
DL	100%	100%
DM	100%	100%
DN	100%	

HASTA GÜVENLİĞİ

- Sağlık Hizmet sunumunda bir marka olan SKS hasta ve çalışan güvenliği açısından büyük öneme sahiptir.

Hasta Güvenliğinin Sağlanması

- **Amaç:** Hastaların zarar görmemesidir. Bu nedenle önlemler alınmalı, girişimlerde bulunulmalı, hedefler konulmalıdır.
- Güvenlik kavramı hem hasta hem çalışan açısından birçok hedefi içinde barındırmaktadır.
- Hataların hastaya ulaşmadan, yakalanmasını ve düzeltilmesini sağlayacak gerçekçi önlemler alınmalıdır.



Hasta Güvenliği Uygulamaları

- **MADDE 6 – (1)** Sağlık kurum ve kuruluşları hasta güvenliği kapsamında,

1. Hasta **kimlik bilgilerinin tanımlanması** ve doğrulanması,
2. Sağlık hizmeti verenler arasında **iletişim güvenliğinin** geliştirilmesi,
3. **İlaç güvenliğinin** sağlanması,
4. **Kan transfüzyonunda güvenli** uygulamaların sağlanması,

Hasta Güvenliği Uygulamaları

- MADDE 6 – (1) Sağlık kurum ve kuruluşları hasta güvenliği kapsamında,

5. Hastaya uygulanacak girişimsel işlemler için hastanın rızasının alınması,

6. Hasta düşmelerinin önlenmesi,

7. Güvenli cerrahi uygulamalarının sağlanması,

8. Radyasyon güvenliğinin sağlanması,

9. Engelli hastalara yönelik düzenlemelerin yapılması,

Hasta Güvenliği Uygulamaları

10. Tıbbi Cihaz Güvenliğinin Sağlanması,
11. Hasta Mahremiyetinin Sağlanması,
12. Hastaların Güvenli Transferi,
13. Bilgi Güvenliğinin Sağlanması,
14. Enfeksiyonların Önlenmesi,
15. Laboratuvarda Hasta Güvenliğinin Sağlanması,

1) HASTA KİMLİK TANIMLAYICILARI VE KİMLİK DOĞRULAMA



D.Tarihi: 10.09.1978

245265896

TUNCAY ÇUKUROVA

GENEL CERRAHI



D.Tarihi: 10.09.1978

245265896

TUNCAY ÇUKUROVA

GENEL CERRAHI

Ad Soyad:

TCNÖTÖN:

Am. İm. Ö:

00322

Ad Soyad:

TCNÖTÖN:

Am. İm. Ö:

00322

Ad Soyad:

TCNÖTÖN:

Am. İm. Ö:

00321

Ad Soyad:

TCNÖTÖN:

Am. İm. Ö:

00321



SKS

HASTA GÜVENLİĞİ SERİSİ

HASTA BAKIMINDA
GÜVENLİ HAVA YOLU YÖNETİMİ



Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı



Hasta Bakımında Güvenli Hava Yolu Yönetimi Rehberi (Sürüm 1.1)

Rehberi için tıklayınız.

HASTA KİMLİK TANIMLAYICILAR



- Her tetkik, tedavi,
- Cerrahi girişimleri,
- İlaç kan ve kan ürünü uygulanmasından önce,
- Klinik testler için numune alımında ve hasta transferi gibi işlemlerde kimlik doğrulaması mutlaka yapılır.

KİMLİK DOĞRULAMA

Kimlik Doğrulama: Doğru hastaya doğru işlemin yapılmasını sağlamak üzere tıbbi hizmet alan bireyin doğru kişi olduğunun güvenilir bir şekilde belirlenmesini sağlayan uygulamalar bütünüdür.

Yatışı yapılan her hastaya beyaz renkli kimlik tanımlayıcı bileklik takılır. Alerjisi olan hastalarda ise beyaz bileklik çıkarılır, sadece kırmızı renkli bileklik takılır.

Bilekliklerin üzerinde hastanın adı-soyadı, TC numarası ve doğum tarihi (gün/ay/yıl) bilgilerinin bulunduğu barkod yapıştırılır.

Doğum sırasında;

Kız bebeklere pembe, erkek bebeklere mavi bileklik takılır.

Aynı seri numaralı anne-bebek bilekliği kullanılır.

Annedeki beyaz kimlik tanımlayıcı doğum ve sezaryen eyleminden sonra bebeğin cinsiyetine göre belirlenen kimlik tanımlayıcı ile değiştirilir.

Bebeğin bilekliğinde; en az annenin adı-soyadı, bebeğin doğum tarihi (gün/ay/yıl) bilgileri, anne veya bebeğin işlem numarası bulunur.

Çoğul gebeliklerde; Anneye her bebek için cinsiyete göre belirlenen aynı seri numaralı, ayrı hasta kimlik bilekliği takılır.

KİMLİK DOĞRULAMA UYGULAMASI:

Tanı ve tedavi için yapılacak tüm işlemlerden önce hasta kimliği doğrulanır.

YATAN HASTALAR KİMLİK DOĞRULAMA UYGULAMASI:

1. Tanı ve tedavi için yapılacak tüm işlemlerden önce hasta kimliği doğrulanır.
2. Hastanın kimlik bilgileri hastanın kendisinden teyit edilirken; muhakkak adını ve soyadını söylemesi istenir.

Doğrulama işlemi; yüksek sesle ve hasta bilekliğindeki 3 belirteç (hastanın adı-soyadı, işlem numarası ve doğum tarihi) kullanılarak, hastanın kendisinden (bilinç açıksa), dosyasından ve bilekliğinden kimlik doğrulaması yapılır.

3. Hastanın kimlik bilgileri hastanın kendisinden teyit edilirken; muhakkak adını ve soyadını söylemesi istenir. Doğrulama işlemi; yüksek sesle ve hasta bilekliğindeki 3 belirteç (hastanın adı-soyadı, işlem numarası ve doğum tarihi) kullanılarak, hastanın kendisinden (bilinç açıksa), dosyasından ve bilekliğinden kimlik doğrulaması yapılır.

AYAKTAN HİZMET ALAN HASTALAR İÇİN KİMLİK DOĞRULAMA UYGULAMASI:

- 1. Hasta Kayıt, Laboratuvar Kabul ve Kan Alma, Görüntüleme Hizmetleri, Endoskopi Ünitesi, Acil Servis, Fizik Tedavi Ünitesi, Uyku Laboratuvarı, Girişimsel Radyoloji, Nükleer Tıp Ünitesi, Günübirlik Tedavi Ünitesi** gibi ayakta hastalara hizmet veren birimlerde kimlik doğrulaması hastanın resimli ve resmi kimlik belgesi kontrol edilerek yapılır.
- 2. Hasta kabulde hasta muayene sırası alım işleminde;** hastaların kendileri ve resmi kimlik belgeleriyle sıra almaları gerekmektedir. Hastanın kendisi olmadan ve resmi kimlik belgesi olmadan muayene sırası verilemez.
- 3. Nükleer Tıp Ünitesi, Kemoterapi Ünitesi, EEG-Uyku Laboratuvarı, Günübirlik Tedavi Ünitesi, Acil Müşahedeye alınan hastalar,** hastanın ilk başvurusunda resmi kimlik kartı ile kimlik tespit ve doğrulama yapılır. İşlem öncesi beyaz renkli hasta tanımlama bilekliği, alerjisi varsa kırmızı renkli hasta tanımlama bilekliği takılarak, bileklikten kimlik doğrulama yapılır.
- 4. Diyaliz Ünitesinde;** hastalarının kimlik doğrulamaları için nüfus cüzdanı fotokopisi kullanılmakta olup her hastanın dosyasında bulundurulur. Hasta üniteden hastane içerisinde başka bir bölüme gönderilirken hastanede kullanılan hastanın Adı-Soyadı, İşlem no ve Doğum tarihi (gün, ay, yıl) yazan bileklik barkodu ile gönderilir.

Ülkemizde her yıl en az 35 bin kişinin tıbbi hatalardan dolayı hayatını kaybettiğini öne süren Hasta Güvenliği Derneği Başkanı Dr. Mustafa Bulun, "Risklerden korunmak mümkün" dedi.

Hastaneden canlı çıkmanın tüyoları



➤ **"HASTANELER** kesinlikle güvenli yerler değil." Bu sözler Hasta Güvenliği Derneği Başkanı Dr. Mustafa Bulun'a ait. 5 yılı aşkın bir süre üzerinde çalıştığı hasta güvenliğini irdeleyen; tıbbi hataları azaltmak için hasta ve hasta yakınlarının da eğitilmesi gerektiğini düşünen Dr. Bulun, kaleme aldığı 'Hastaneden Canlı Çıkmak' adlı kitabında çarpıcı bilgiler veriyor. Bulun, Türkiye'de tıbbi hataların tabu sayıldığını ve çoğu hatanın istatistiklere bile yansımadağını söyleyerek "Ülkemizde her yıl en az 35 bin kişi tıbbi hatalardan dolayı hayatını kaybediyor. Bu konuyu yok saymak yerine tam tersine ortaya çıkararak nasıl önlemler alınabilir, nasıl azaltılabilir bunun üzerinde çalışmak gerekiyor" dedi. Bulun, şöyle konuştu: İstatistiklere göre hastaneye her yatışta hastaların yüzde 3 ila 6'sı bir hatayla karşılaşır. Hatayı önlemek sadece doktorun hemşirenin görevi değil. Hayat sizin hayatınız, siz de sorumlusunuz.

Riskleri öğrenin ve korunun

Risklerden haberdar olmak ve korunmanın hayat kurtaracağını söyleyen Dr. Mustafa Bulun'un yeni projesi gerçek hasta hikayeleriyle tıbbi hatalar hakkında bir kitap yazmak. Başından böyle bir şey geçmiş olanlar www.hatabildirimi.org adresine yazabilir. Dr. Mustafa Bulun'un kitabında hastalara önerilerinden bazıları ise şöyle:

» Doktor kullandığınız ilaçları bilmeli.

» **Reçeteyi okuyabildiğinizden emin olun.**

» Hastanedeyseniz personelinin elini yıkayıp yıkamadığına dikkat edin.

» **Taburcu ediliğinizde evde izleyeceğiniz tedavi planınızı detaylıca öğrenin.**

» Seçme şansınız varsa o işlemi veya ameliyatı en çok sayıda yapan hastanelerden birinde ameliyat olun.

» **Yardımla da olsa tuvalete gidip gelebilecek durumdaysanız kesinlikle idrar sondası taktırmayın.**

» Doktor ararken, eniyihkim.com, sika-yetvar.com gibi sitelerden de yararlanabilirsiniz. » **ÖZLEM YURTÇU İSTANBUL**

DOKTORA KULLANDIĞI İLACI SÖYLEMEYİNCE ÖLDÜ

DR. BULUN, Dünya Sağlık Örgütü'nün de (WHO) hasta ve yakınlarının bu işin içine alınmazsa hataları önlemede başarı oranlarının düşük olacağına dikkat çektiğini anlatarak şu örneği veriyor: Bursa'da bir kadın doktora gidiyor. Ağrısı ve idrarında kan var. Doktor kum doküyor sanıp ona göre tedavi veriyor. Daha sonra hasta bu kez vücudunda morluklarla gidiyor. Doktor bu kez, esi dövdu sanarak esini konuşmaya alıyor. Oysa kadın kan sulandırıcı ilaç kullanıyor ve bunu doktora söylemediği için yanlış tedavi görüyor ve kanamadan hayatını kaybediyor.

KİMLİK DOĞRULAMADA HASTA İLE İLGİLİ NEDENLER:

- ❖ İletişim engelinin olması
- ❖ Bilincinin kapalı olması
- ❖ Dil probleminin olması
- ❖ Mental probleminin olması
- ❖ Kendileri hakkında doğru bilgi vermemeleri
- ❖ hatalara neden olmaktadır.

Personel ile İlgili Nedenler:

- Hasta kimliği doğrulama ile hasta güvenliği arasındaki ilişkiyi kavramamaları
- İş yükünün fazla olması
- Birden çok birimde hizmet veren personelin çalışması
- Büyük ekipler
- Vardiya sistemi ile çalışma
- Birbirine çok yakın isimler nedeniyle hastaların yanlış kimliklendirilmesi
- Hasta bilgilerini bilgisayara kayıt ederken yapılan yazılım ve giriş hataları

Kimlik Tanımlayıcıları Ne Zaman Değiştirilir?

- Bileklik zarar gördüğünde, (kopma vs)
- Enfekte materyal sıçradığında,
- Etiket okunamayacak kadar zarar gördüğünde,
- Klinik değiştiğinde bileklik değiştirilir.
- Tedavi sürecinde **alerji** tespit edildiğinde **beyaz kimlik tanımlayıcı bilekliği çıkarılarak; kırmızı kimlik tanımlayıcı hasta bilekliği takılır.**

2) SAĞLIK HİZMETİ SUNUMUNDA İLETİŞİM GÜVENLİĞİNİN SAĞLANMASI

Sağlık Hizmeti Sunumunda İletişim Güvenliğinin Sağlanması

a) Hasta bakım ve tedavi sürecinde sözlü/telefon talimatlarının verilmesi ve alınmasında

Arayan kişi kendini tanıtır (Adını ve soyadını ,servisini v.b.)

Hastanın kim olduğunu tanımlar (Adını ve Soyadını ,yattığı odayı, teşhisini, yaşını v.b.)

Sorunun veya iletişimin nedenini açıklar.

Verilen Direktifi önce yazar, sonra geri okur ve talimatı veren kişiye onaylatır, lüzumu halinde verilen ilaç adının kodlama yöntemi ile tekrar edilmesi istenir.

Bu Direktifin uygulamasında alınan kayıtların kenarına telefon (TO) veya sözlü ise (SO) şeklinde not düşülmelidir.

Hekim talimatını **12 saat içinde hasta tabelasına kaydetmesi zorunludur.** Hekimin hastanede görevde olmadığı (yıllık izin, rapor,geçici görev v.b.) zamanlarda yerine görevlendirilen hekim tarafından hasta tabelasına kaydedilir.

“Kemoterapi ve yüksek riskli ilaçlara sözel order alınmaz.”

Sözel Order Ne Zaman Verilir ?

- Steril girişimler sırasında
- Hekimin hastanede yada serviste olmadığı durumlar

Acil olarak ilaç verilmesi gerekli olan durumlar.

- Eğer bölümde nöbetçi hekim bulunuyorsa; sözel istemi hekim alır ve 1. kişi hanesini imzalar. İstemi uygulayacak hemşire 2. kişi hanesini imzalar.
- Eğer bölümde nöbetçi hekim yoksa 2 sağlık personeli görevliyse istemi alan 1. kişi hanesini, diğer sağlık personeli 2. kişi hanesini imzalar.
- Tek sağlık personeli görevliyse istemi alan 1. kişi hanesini imzalar.

	T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	HB.FR.06
		YAYIN TARİHİ	13.10.2023
	SÖZLÜ VE TELEFONLA TABİP TALİMATLARI FORMU	REVİZYON NO	0
		REVİZYON TARİHİ	-
		SAYFA NO	1

KLİNİK ADI:.....

Talimat	SÖZEL [] TELEFONLA []
Talimat Tarihi	/...../20....
Talimat saati :	

	İlacın adı	İlacın Dozu	İlacın Uygulama Yolu	Uygulanması istenen saat
1				
2				
3				
4				
5				

TALİMAT VEREN TABİP	TALİMAT ALAN BİRİNCİ KİŞİ (Tabip)	TALİMAT ALAN İKİNCİ KİŞİ (Hemşire)
Adı Soyadı: Tel No:	Adı Soyadı: İmza:	Adı Soyadı: İmza:

1. Hangi durumlarda sözel istem uygulanabileceği:

- Steril girişimler sırasında
- Hekimin hastanede ya da serviste olmadığı durumlar
- Acil olarak ilaç verilmesi gerekli olan durumlar

2. Yüksek hata potansiyeli nedeni ile, kemoterapi ilaçları ve yüksek riskli ilaç listesinde yer alan ilaçlar için (resüsitasyon durumları hariç) sözel/telefon talimat kabul edilmez.

3. Sözel istem yapılması ve istemin uygulanması durumunda dikkat edilecek hususlar:

- Kimliğini doğrulat
- Orderi işit
- Orderi kayıt altına al (sözlü ve telefonla tabip talimatları formu)
- Orderi oku doğrulat
- Düzgün olarak kaydet imzalat

2. Talimat verilirken kısaltma kullanılmaz.

3. Anlaşılmayan veya telaffuzu zor olan kelimeler ve “Benzer İlaç İsimleri Listesi”nde yer alan ilaçlara kodlama yapılır.

4. Tabipten alınan ilaç istemi ve hasta kimlik bilgileri, tabibe aynen “geri okunur” ve tabibin onayından sonra diğer adıma geçilir.

5. Talimatı veren tabip veya servis tabibi 12 saat içerisinde formu imzalayarak onaylar.

Onaylayanın
Adı – Soyadı :
Tarih :
İmzası :
Saat :

3) İLAÇ GÜVENLİĞİNİN SAĞLANMASI

İlaç Güvenliğinin Sağlanması

Hastanın beraberinde getirdiği ilaçların yönetimine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.

Hastanın beraberinde getirdiği ilaçlar hemşire tarafından teslim alınmalıdır.

Teslim alınan ilaçların miat kontrolü yapılmalı,

Hastanın beraberinde getirdiği ilaçlar hekimi tarafından kontrol edilmelidir.

Hastanın beraberinde getirdiği ilaçlar hemşire tarafından uygulanmalıdır.



İlaç Güvenliğinin Sağlanması-2

- İlaçlar, kapalı kaplarda ve kişiye özel olarak hazırlanmalı,
- Kaplarda hastaların kimlik tanımlayıcı bilgileri bulunmalıdır.
- Tedavi planı hekim tarafından yazılmalı, kaşelenmeli ve imzalanmalı,
- Tedavi planı; ilacın tam adını, uygulama zamanını ve dozunu, uygulama şeklini ve veriliş süresini içermelidir.
- Hemşire hekimin tedavi planını hemşire gözlem formuna kaydetmelidir.
- Tedavi sürecindeki ilaçlar hastaya hemşire tarafından uygulanmalı,
- Stajyerlerin ilaç uygulamaları da hemşire gözetiminde olmalıdır.



İlaç Güvenliğinin Sağlanması-3

- İlaç isimleri kısaltılarak yazılmamalıdır.
- Yazılışı, okunuşu, ambalajı birbirine benzeyen ilaçların listeleri hazırlanmalı,
- **Listeler kullanım alanında bulunmalıdır.**
- Yazılışı, okunuşu, ambalajı birbirine benzeyen ilaçların dolaplardaki yerleşimi ayrı raflarda yapılmalıdır.
- Yüksek riskli ilaçlar diğer ilaçlardan ayrı olarak muhafaza edilmelidir.



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

İLAÇ UYGULAMALARINDA KULLANILMAMASI GEREKEN İLAÇLAR LİSTESİ

DOKÜMAN NO	İY.LS.06
YAYIN TARİHİ	21.09.2023
REVİZYON TARİHİ	--
REVİZYON NO	0
SAYFA NO	1/1

KULLANILMAMASI GEREKEN KISALTMALAR	ANLAMLARI	OLUŞABİLECEK HATALAR	DOĞRU KULLANIM
ASA	Asetil Salisilik Asit	Anestezi değerlendirme testi ile karışabilir	İlacın ismi tam olarak yazılmalı
KCL	Potasyum Klorür Ampul	HCL ile karışabilir	İlacın ismi tam olarak yazılmalı
MS,MSO4	Morfin Sülfat	Magnezyum sülfat ile karışabilir	İlacın ismi tam olarak yazılmalı
MgSO4	Magnezyum Sülfat	Morfin sülfat ile karışabilir	İlacın ismi tam olarak yazılmalı
s.g	Suda Glikoz	Konsantrasyon karışıklığına neden olabilir	İlacın ismi tam olarak yazılmalı
s.s	Serum Sale	Yüksek risk grubundaki ilaçtır	İlacın ismi tam olarak yazılmalı
IU	Uluslar arası Ünite	IV (İntra venöz) ya da 10 ile karışabilir	Uluslar arası ünite yazılmalıdır
U	Ünite	0 veya 4 rakamları ile karışabilir	Ünite Kullanılmalıdır
µg	Mikrogram	mg ile karışabilir	mcg kullanılmalıdır
D5	%5 Dekstroz	Konsantrasyon karışıklığına neden olabilir	İlacın ismi tam olarak yazılmalı
1.0mg	1 mg	10 mg olarak algılanabilir	Doz miktarı tam olarak yazılmalı
.5mg	0.5 mg	Nokta görülmediğinde 5 mg olarak anlaşılabilir	Doz miktarı tam olarak yazılmalı
cc	Cubic centimeter	Sıfır rakamı ile karışma riski var	ml kullanılmalıdır
SC	Subkütan	Yazım sırasında SL ile karışma riski bulunuyor	subkütan yada cilt altı yazılmalı

Oksamen-L®

LIYOFİLİZE ENJEKTABL TOZ

Tenoksikam, 1 lyofilize flakon, 1 eritici ampul
anti-inflamatuvar, anti-alerjik, analjezik.
I.V. ve I.M. KULLANILIR

20 mg

 Mustafa Nevzat

Prednol-L®

LIYOFİLİZE ENJEKTABL TOZ

Metilprednisolon, kortikosteroid
1 lyofilize ampul, 1 eritici ampul
I.V. ve I.M. KULLANILIR

20 mg

 Mustafa Nevzat

Prednol-L®

LIYOFİLİZE ENJEKTABL TOZ

Metilprednisolon, kortikosteroid
1 lyofilize ampul, 1 eritici ampul
I.V. ve I.M. KULLANILIR

40 mg

 Mustafa Nevzat

Prednol-L®

LIYOFİLİZE ENJEKTABL TOZ

Metilprednisolon, kortikosteroid
1 lyofilize ampul, 1 eritici ampul
I.V. ve I.M. KULLANILIR

250 mg

 Mustafa Nevzat

Nevparin®

ENJEKTABL

Heparin, antikoagulan,
25.000 IU/5 ml Flakon
I.V. KULLANILIR

5000 IU/ml

 Mustafa Nevzat



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

YAZILIŞI OKUNUŞU BENZER İLAÇLAR LİSTESİ

DOKÜMAN NO	İY.LS.02
YAYIN TARİHİ	21.09.2023
REVİZYON TARİHİ	--
REVİZYON NO	0
SAYFA NO	1/1

İLAÇ ADI	ENDİKASYONU	İLAÇ ADI	ENDİKASYONU
ALCAINE		MARCAINE	
ALDACTAZIDE		ALDACTONE	
AMIJEKSİN		AMOKLAVİN	
ANAFRANİL		TOFRANİL	
ANEXATE		AGGRASTAT	
BACTRİM		BACTROBAN	
BELOC		BREVIBLOC	
BITAZOL		ANDAZOL	
BITERAL		DIDERAL	
CALCIUM FOLİNAT		CALCIUM PICKEN	
DIAZEM		DIAZOMİD	
EQICEFT		EQİZOLİN	
CITOL		CİTOLES	
CUBİTAN		CUBİCİN	
DEKSTRAN		DEKSTROZ	
SANDOSTATİN LAR		SANDOSTATİN	
TRACRİUM		TRACUTİL	
DIAMİCRON		DİAFORMİN	
OSMOLAK		OSMOLİTE	
DİPROSPAN		BUSCOPAN	
DOPAMİN		DOBUTAMİN	
DOXORUBİCİN		EPIRUBİCİN	
COLNAR		COROLAN	
CLEANOMİSİN		COLİMYCİN	
POT-K		POTASYUM HCL AMP	
KARDOZİN		KARVEZİD	
FAMODİN		COUMADİN	
FLUDEX SR		FLOMAX MR	
TALİNAT		TAMİDRA	
FUNGİDAS		FUNGİZONE	
FUCİDİN		FURACİN	
GLUCAGEN		GLUKOFEN	
HEPA-MERZ		HEPATAMİNE	
HERCEPTİN		HYCAMTİN	
HOLOXAN		ENDOXAN	
HUMULİN		HUMAN ALBUMİN	
IESİLLİNE		İESEF	

İlaç Güvenliğinin Sağlanması-4

Yüksek riskli ilaçlar listesi belirlenmelidir.

Diğer ilaçlarla karışmasını önleyecek şekilde depolanmalıdır.

Eczanede renkli işaretleme işlemine tabi tutulmalıdır.

Ciddi ve beklenmeyen advers etkiler farmakovijilans sorumlusuna bildirilmelidir.

Hastanemiz farmakovijilans sorumlusu
Dr. Öğrt. Üyesi Durmuş Ali Arslanlar





T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

ADVERS ETKİ BİLDİRİM FORMU

DOKÜMAN KODU	İY.FR.07
YAYIN TARİHİ	10.5.2012
REVİZYON NO	00
REVİZYON TARİHİ	--
SAYFA NO	1/2

A. HASTAYA AİT BİLGİLER

1. Hastanın Adı ve Soyadının Baş Harfleri:	2. Doğum Tarihi:	2a. Yaş:	3. Cinsiyet	4. Boy:	5. Ağırlık:
	Gün Ay Yıl		☐ Kadın ☐ Erkek	_____ cm	_____ kg

B. ADVERS ETKİ (LER)

1. Advers Etkiyi Tanımlayınız	Başlangıç Tarihi (Gün / Ay / Yıl)	Bitiş Tarihi (Gün/Ay/Yıl)	Sonuç
			☐ İyileşti/Düzeldi ☐ İyileşiyor/Düzeliyor ☐ Sekel Bırakarak İyileşti /Düzeldi ☐ Devam Ediyor ☐ Ölümle sonuçlandı ☐ Bilinmiyor ☐ Diğer _____

2. Ciddiyet Kriteri

Ciddi ☐ Ciddi olmayan ☐

Ciddi ise aşağıdaki seçeneklerden uygun olanı işaretleyiniz:

☐ Ölüm

Gün Ay Yıl

☐ Hayatı Tehdit Edici
☐ Hastaneye Yatışa Sebep Olma ve/veya Yatış Süresini Uzatma (....gün)
☐ Kalıcı veya Belirgin Sakatlığa veya İş göremezliğe Neden Olma
☐ Konjenital Anomali ve/veya Doğum Kusuru
☐ Tıbbi olarak önemli (lütfen açıklayınız)

Hasta öldü ise ölüm nedeni:

Otopsi yapıldı mı?
☐ Evet ☐ Hayır
(Evet ise ilgili dokümanı ekleyin.)

3. Laboratuvar Bulguları (Tarihleriyle birlikte - Gün / Ay / Yıl)

4. İlgili Tıbbi Öykü / Eş Zamanlı Hastalıklar: (Örneğin: Alerji, gebelik, sigara ve alkol kullanımı, hepatik/renal yetmezlik, diyabet, hipertansiyon...v.b) Konjenital anomaliler için gebelikte annenin aldığı tüm ilaçlar ve maruz kaldığı hastalıklar ile birlikte son menstruasyon tarihini de belirtiniz. (Gün / Ay / Yıl)

C. KULLANILAN TIBBİ ÜRÜN(LER)

1. Şüpheli Edilen İlacın Adı:	2. Veriliş Yolu:	3. Günlük Doz:	4. İlaça Başlama Tarihi(gün/ay/yıl)	5. İlacın Kesildiği Tarih(gün/ay/yıl)	6. Endikasyon:	7. İlaç kesildi mi?	8. İlaç kesilince veya doz azaltılınca advers etki azaldı mı?	9. İlaç Yeniden Verildi mi?	10. İlaç Yeniden Verilince Advers Etki Tekrarladı mı?
			İlaça Devam Ediliyorsa DEVAM Yazınız, Bilinmiyorsa Kullanım Süresini Veriniz.			☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilinmiyor	☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilinmiyor	☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilinmiyor	☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilinmiyor
						☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilinmiyor	☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilinmiyor	☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilinmiyor	☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilinmiyor
						☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilinmiyor	☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilinmiyor	☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilinmiyor	☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilinmiyor

11. Eş Zamanlı Kullanılan İlaç(lar): (Oluşan Advers Etkinin Tedavisi için Kullanılanlar Hariç)

12. Diğer Gözlemler ve Yorum: (Kullanılan Beşeri Tıbbi Ürünün Kalitesi ile İlgili Bir Sorundan Şüpheleniyorsa, Lütfen Şüpheli Ürünün Seri Numarası ve Son Kullanma Tarihi ile Birlikte Bu Sorunu Belirtiniz.)

13. Advers Etkinin Tedavisi: (tedavi için kullanılan ilaçlar ve kullanım tarih (gün/ay/yıl) leriyle birlikte)

D. BİLDİRİM YAPAN KİŞİYE AİT BİLGİLER

1. Adı, Soyadı :	2. Meslek :
	3. Tel. No:
4. Adresi :	5. Faks :
	6. E-posta:
7. İmza :	8. Rapor firmaya da bildirildi mi? ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilinmiyor
9. Rapor Tarihi:	10. Rapor tipi: ☐ İlk ☐ Takip
	Kayıt no:

E. RUHSAT/İZİN SAHİBİNE AİT BİLGİLER (Yalnızca ruhsat/izin sahibi tarafından yapılan bildirimlerde doldurulacaktır):

1. Ruhsat/izin Sahibinin Adı :	1a. İletişim Bilgileri: Tel: Faks:
2. Ürün Güvenliği Sorumlusunun Adı ve Soyadı:	Adres: 2a. Tel: Faks: E-posta.
2b. Adresi:	2c. İmzası:
3. Ruhsat/İzin Sahibinin rapor numarası:	
4. 4. Ruhsat/İzin Sahibinin İlk Haberdar Olma Tarihi:	
5. Raporun TÜFAM'a bildirilme Tarihi:	
6. Rapor tipi: ☐ İlk ☐ Takip	



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

YÜKSEK RİSKLİ İLAÇLAR LİSTESİ

DOKÜMAN NO	İY.LS.04
YAYIN TARİHİ	21.09.2023
REVİZYON TARİHİ	--
REVİZYON NO	0
SAYFA NO	1/1

ACTILYSE 50 MG FLK
ADRENALİN 0.5 MG AMP
APİDRA SOLOSTAR
ADRİMİSİN 50 MG FLK
AGGRASTAT FLK
ALDOLAN AMP
ALTUZAN 100MG
ALTUZAN 400 MG
AMBİSOME
ATROPİN
ARTOJECT 10
BENDAMUS
BREVİBLOK PREMİKS
%20 DEKSTROZ
%30 DEKSTROZ
%50 DEKSTROZ
%3 SODYUM KLORÜR
CARBOPLATİN 450MG
CANHERA
CİSPLATİN 50 -100
CORDARON AMP
CYTARABİN 1 GR
DAKARBAZ
DIGOXIN AMP
DOBUTAMİN FLK
DOPAMİN AMP
ETOPOSİD 100MG
ELOXATİN 100MG
ENDOXAN
ESMERON

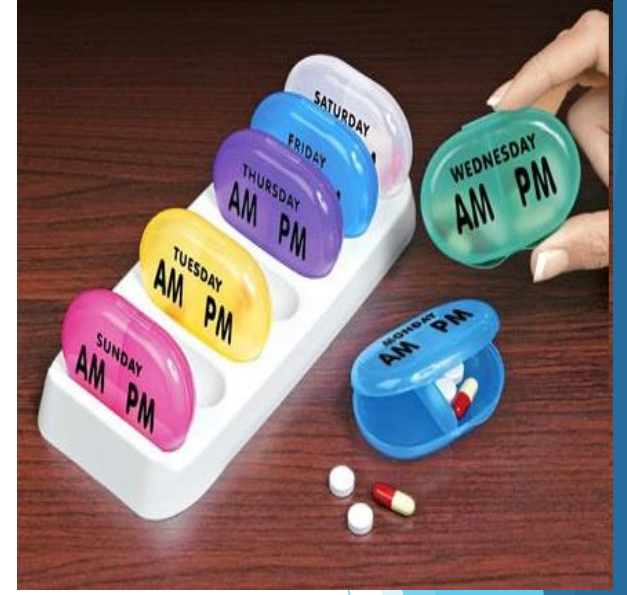
FLUOROURASİL 1 GR
DARABİN
GEMKO 1000
HOLOXAN 2 GR
HUMALOG 100
HUMALOG MİX 25
HUMULİN NPH
HUMULİN R
HUMULİN M 70-30
İDAMEN 10 MG
JEVTANA
JETMONAL %2
JETMONAL %10
JETOCAİN SİMPLEX
LANTUS SOLOSTAR
LEVEMİR FLEXPEN
MAGNEZYUM SULFAT AMP
METHOTREXATE 50 MG
METHOTREXATE 500MG
MİTOXANTRON 20 MG
MORFİN AMP
MEPOLEX AMP
NAVELBİNE 10 MG AMP
NAVELBİN 50 MG AMP
NEVPARİN 25000IU FLK
NOVOMİX 30
NOVORAPİD
PERLİNGANİT
PENTAL 0.5
PRİLOC

POTASYUM KLORÜR %7.5 AMP
PROPOFOL %1 AMP
PROPOFOL %1 FLK

PEMTREX FLK
TAKSEN 300
STERADİN
SEVORANE
SUPRANE
TAXOTERE 80 MG FLK
TRADOLEX AMP
UROMITEXAN 400 MG AMP
ULTIVA
VINKO
VECTİBİX

İlaç Güvenliğinin Sağlanması-5

- Hemşireler ilaç uygulaması yaparken mutlaka kimlik doğrulama işlemini yapmalıdır.



İlaç uygulama saatleri ve uygulayan kişinin ismi ve imzası hemşire gözlem formunda olmalıdır.

İlaç güvenliğinin sağlanması-6

Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.

- ➔ Bağımlılık yapan uyarıcı ve uyuşturucu ilaçlar, kilitli dolaplarda servis hemşiresinin sorumluluğunda muhafaza edilir.
- ➔ Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçların devir teslimi yapılmalıdır.
- ➔ Devir teslim kayıtlarında;
 - İlacın hangi hastaya kaç adet kullanıldığı,
 - İlacın kullanıldığı tarih,saat,
 - İlacı kimin uyguladığı,
 - Kime kaç adet ilaç teslim edildiği,
 - Teslim alan ve teslim edenlerin imzaları ve hekimin kaşesi bulunmalıdır.





Acil arabası;



4) GÜVENLİ KAN TRANSFÜZYON UYGULAMALARI

Güvenli Kan Transfüzyonu

- Kan transfüzyonu öncesi kimlik doğrulama işlemi yapılır.
- Kan transfüzyonu uygulanacak ve kan örneği alınacak hastanın kimlik bilgileri, dosyasından, kol bandından ve kendisinden doğrulanır ve numunenin üzerine alındığı anda etiket yapıştırılır.
- Etiketlin üzerine numuneyi alan kişinin isim ve soy isim baş harfleri yazılmalıdır.
- Kan Bileşeni Transfer ve Transfüzyon İzlem Formu ve kimlik bilgileri hasta başında bir doktor bir hemşire tarafından kontrol edilir.





**T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ**

**KAN VE KAN BİLEŞENLERİ NAKLİ İÇİN
BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU**

Hasta Adı Soyadı:

Dosya Numarası:

☐ **KONU HAKKINDA BİLGİLENDİRİLMEK İSTEMİYORUM (**)**

- Doktorum / hastanın doktoru bana / hastama kan ve kan bileşenleri nakli yapılmasının hastalıkta anlamlı düzelme ya da olumlu değişiklik yapabileceğini bildirdi.

Kan ve kan bileşenleri (ek olarak lökositlerden arındırılmış, ısıtılmış, yıkanmış şekilde) :

- Tam kan,
- Eritrosit süspansiyonu,
- Taze donmuş plazma,
- Trombosit süspansiyonu ya da kriyopresipitat olabilir.

Bu nakil işleminin sağlayabileceği yarar ve riskle ile alternatif tedaviler açıklandı.

Kan ve kan bileşenlerinin yasal ve bilimsel kurallara göre hazırlanıp test edilmesine rağmen bana / hastama öngörülemez çeşitli immünolojik, alerjik, mikrobik, fiziksel ya da kimyasal nakil reaksiyonlarına neden olabileceğini; bu reaksiyonların genellikle hafif veya orta derecede seyretmesine rağmen nadiren yaşamı tehdit edecek düzeyde ağır seyredebileceğini; bu reaksiyonların başarılı tedavi girişimlerine rağmen ölümcül de olabileceğini, hatta bu durumun kendi kanım verildiğinde bile gerçekleşebileceğini öğrendim. En güncel yöntemlerle test edilse bile nadiren kan ve kan bileşenleri nakliyle bazı virüslerin (AIDS, hepatit virüsleri; hepatit B, hepatit C gibi) bulaşabileceğini ve buna bağlı olarak aylar ya da yıllar sonra enfeksiyon gelişebilme olasılığı olduğunu biliyorum.

Kan ve kan bileşenleri nakli ile ilgili soru sorma fırsatım oldu. Vermiş olduğum bu "Bilgilendirilmiş Onay" hastaneden taburcu olana dek geçerlidir. (***)

**Kendime/hastama kan ve kan bileşenleri nakli konusunda bilgilendirildim,
yazılanları/anlatılanları anladım.**

☐ **ONAYLIYORUM**

Tarih:

☐ **ONAYLAMİYORUM**

Hasta/hasta yakını, adı soyadı:

Şahit: Hemşire/doktor adı soyadı:

Doktor adı soyadı:

İmza:

İmza:

İmza:

AÇIKLAMALAR

* Hasta 18 yaşın üstünde ve bilinci yerindeyse bu formu kendi onaylamalıdır. Aksi durumda onay hastanın birinci derece yakını tarafından yapılmalıdır. (Anne, baba, kardeş, eş, çocuk)

** Hastanın bilgilendirilmek istemediği durumlarda kendi el yazısı ile "bilgilendirilmek istemiyorum" ibaresini bu formun altına yazarak imzalaması gereklidir.

*** Hastanın / hasta yakınının istediği zaman kan ürünleri nakli için olan onayını iptal etme hakkı vardır. Böyle bir durumda hastanın yeni bir onay formunu imzalaması gereklidir.

- Bilgilendirilmiş Onam Formu hastaya mutlaka imzalatılır.
- Transfüzyon sonrası biten kan torbası hasta başında 1 saat bekletildikten sonra imha edilir.





T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

DOKÜMAN KOD	TH.FR.08
YAYIN TARİHİ	10.05.2012
REVİZYON NO	03
REVİZYON TARİHİ	30.11.2023

SÜREKLİ BÖLGE KAN MERKEZİ KAN BİLEŞENİ FORMU

T.C. Kimlik Numarası	*****	İstem Tarihi	
Dosya Numarası		Planlanan Transfüzyon Tarihi	
Adı soyadı		Planlanan Veriliş Süresi	
Doğum Tarihi		Servis	
Cinsiyet		Başvuru Numarası	
Kan Grubu		İstem Nedeni	

İstenen Kan / Kan Ürününün Cinsi Miktarı	İstem Numarası	:	
Ürün / Tetkik Adı	Endikasyon Kodu / Adı	Unite	İşin
		Filtrasyon	Yıkama

TRANSFÜZYON ENDİKASYONU	KRİYOPRESİPİTAT (K)	TROMBOSİT KONSANTRESİ (T)
Ameliyat ☐	☐ K1 Klinik olarak anlamlı kanama ve Fibrinogen <1,5 g/L (obstetrik kanamada <2g/L)	T1 Spontan Kanamayı önlemek için profilaksi
Hemoglobin Yükseltmek ☐	☐ K2 İşlem öncesi Fibrinogen <1 g/L	☐ T1A Trombosit <10x10 ⁹ /L; geri dönüştürülebilir kemik iliği yetmezliği
Exchange Transfüzyon ☐	☐ K3 Trombolitik tedavi ile ilişkili kanama	☐ T1B Trombosit 10-20x10 ⁹ /L; sepsis/hemostatik anormali
Trombositopeni ☐	☐ K4 Kalıtsal hipofibrinogenemide fibrinogen konsantrasyonuna ulaşılmadığı durum	☐ T1C Trombosit <30x10 ⁹ /L; tanısı konulmuş koagülopati
Koagülasyon Bozukluğu ☐	☐ K5 Diğer (açıklayınız):.....	T2 İnvasif girişim veya ameliyat öncesi profilaksi
Diğer ☐		☐ T2A Trombosit <20x10 ⁹ /L; santral venöz kateter
ERİTROSİT KONSANTRESİ (E)	HASTA ÖYKÜSÜNDE	☐ T2B Trombosit <40x10 ⁹ /L; lomber ponksiyon / spinal anestezi öncesi
☐ E1 Akut kanama	Antikor ☐	☐ T2C Trombosit <50x10 ⁹ /L; karaciğer biyopsisi / major cerrahi öncesi
☐ E2 Hb < 7 g/dL stabil hasta	Transplantasyon ☐	☐ T2D Trombosit <80x10 ⁹ /L; epidural anestezi
☐ E3 Hb < 8 g/dL olduğu kardiyovasküler hastalık veya hematolojik malignite	Transfüzyon ☐	☐ T2E Trombosit <100x10 ⁹ /L; kritik bölge ameliyatı öncesi,öm. Santral sinir sistemi, göz operasyonu
☐ E4 Transfüzyona ihtiyaç gösteren kronik anemi	Transfüzyon Reaksiyonu ☐	T3 Kanamayı tedavi etmek için terapötik kullanım (DSÖ kanama derecesi 2 veya)
☐ E5 Exchange Transfüzyon	TAM KAN (TK)	☐ T3A Trombosit <50x10 ⁹ /L; major kanama
☐ E6 Preoperatif hasta hazırlığı	☐ TK1 Masif transfüzyon	☐ T3B Trombosit <100x10 ⁹ /L; kritik bölge kanaması; SSS/ travmatik beyin hasarı
☐ E7 Preoperatif kanama riski	☐ TK2 Diğer (açıklayınız):.....	☐ T3C Trombosit <30x10 ⁹ /L; klinik olarak belirgin kanama
☐ E8 Diğer (Açıklayınız):.....		T4 Spesifik klinik durumlar
TAZE DONMUŞ PLAZMA (P)	EK İŞLEM İSTEMİ	☐ T4A Diseminat intravasküler koagülasyon öncesi veya kanama varsa
☐ P1 Majör Hemoraji	Lökosit Filtrasyonu ☐	☐ T4B Primer immün trombositopeni (Şiddetli Kanama)
☐ P2 Kanamayla birlikte INR > 1.5	İşinlama ☐	T5 Trombosit Fonksiyon Bozukluğu
☐ P3 İşlem öncesi PTZ Oranı/INR > 1.5	Yıkama ☐	☐ T5A Anti-trombosit ilaç kullanımından kaynaklanan kritik kanama
☐ P4 PTZ Oranı/INR>2 olan karaciğer hastalığı ve işlem öncesi dönem	ESKİ KAYIT BİLGİLERİ	☐ T5B Kalıtsal trombosit bozukluklarında kanama
☐ P5 TTP/Plazma Değişimi	Hastanın eski kaydı var mı ? ☐	T6 Diğer :
☐ P6 Eksik Olan Bir Pıhtılaşma Faktörünün Replasmanı	Hastanın bilinen kan grubu Beyan	GRANÜLOSİT KONSANTRESİ (G)
☐ P7 Preoperatif hasta hazırlığı	Geçirilmiş Gebelik ☐	☐ G1 Sepsis
☐ P8 Preoperatif kanama riski	Fetomaternal Uyuşmazlık ☐	☐ G2 Diğer :
☐ P9 Diğer :	İlişkili olabilecek diğer öyküler,özel durumlar	

Hekim Adı - Soyadı

Kaşe - İmza

**5) HASTAYA
UYGULANACAK
GİRİŞİMSEL İŞLEMLER
İÇİN HASTANIN
RIZASININ ALINMASI**

Hastaya uygulanacak girişimsel işlemler için hastanın rızasının alınması

- Hastalığın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği,
- İşlem/tıbbi müdahalenin kim tarafından nerede yapılacağı,
- İşlemden beklenen faydaları,
- İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar,
- Varsa işlemin alternatifleri,
- İşlemin riskleri-komplikasyonları,
- İşlemin tahmini süresi,
- İşlem/tıbbi müdahalenin ne şekilde ve nasıl yapılacağı,
- Kullanılacak ilaçların muhtemel istenmeyen etkileri ve dikkat edilecek hususlar
- Hastanın işlem öncesi ve sonrası dikkat etmesi gereken hususlar ile dikkat edilmemesi durumunda yaşanabilecek sorunlar
- Gerektiğinde aynı konuda tıbbi yardıma nasıl ulaşabileceği,
- Hastanın adı, soyadı ve imzası ve tarih bilgisi
- İşlemi uygulayacak hekimin adı, soyadı, unvanı, tarih bilgisi ve imzası,



Müdahale / Tedavi Uygulayacak Personel Bilgilendirmeyi Nasıl Yapmalı?

- Basit ve sade bir anlatım kullanılmalı
- Mümkün olduğunca tıbbi terimler kullanılmamalı
- Kesin net ifadeler olmalı
- Hastanın ruhsal durumuna uygun nazik bir dil kullanılmalı
- Hastanın sorularına cevap verilmeli

Hastaya kendi iradesiyle cevap verme imkanı sağlayacak sözlü bilgi aktarılmalıdır.

Yatan Hastalarda Hareket Kısıtlamasına Yönelik Düzenleme Yapılmalıdır.



**Hareket kısıtlama kararı hekim tarafından verilmeli,
Hareket kısıtlama kararı tedavi planında yer almalı,**

Tedavi planında;

Uygulamanın başladığı tarih ve saat,
Uygulamanın hangi aralıklarla kontrol edileceği,
Uygulamanın sonlandırıldığı tarih ve saat belirtilmelidir.

Kısıtlılığın devamı ile ilgili karar en geç 24 saatte bir gözden geçirilmelidir.



KISITLAMA TARİHİ	
KISITLAMA SAATİ	
AİLENİN BİLGİLENDİRİLMESİ ☐ EVET ☐ HAYIR	
Kısıtlama Kararını Veren Hekim	
Adı Soyadı	
İmza	

SONLANDIRMA TARİHİ	
SONLANDIRMA SAATİ	
AİLENİN BİLGİLENDİRİLMESİ	☐ EVET ☐ HAYIR
Sonlandırma Kararını Veren Hekim Adı Soyadı İmza	

KISITLAMA NEDENİ	
Kendine zarar veriyor	☐
Çevresine zarar veriyor	☐
Aşırı ajitasyon	☐
Oryantasyon bozukluğu	☐
Tibbi tedaviye uyumsuzluk	☐
Düşme tehlikesi mevcut	☐
Diğer.....	☐

KISITLAMA ŞEKLİ		
Üst Ekstremité	☐ Sağ	☐ Sol
Alt Ekstremité	☐ Sağ	☐ Sol
Kol Tespit Tahtası	☐ Sağ	☐ Sol
Parmaksız Eldiven	☐ Sağ	☐ Sol
Farmakolojik Kısıtlama	☐ Var	☐ Yok
Diğer(Açıklayınız).....		
Farmakolojik kısıtlama var ise ilacın Adı/ Dozu/Veriliş Yolu		

KISITLAMA SONLANDIRMA NOTU

Hasta , ajite ise ; satte bir, ajite değil ise ; 2 saatte bir değerlendirilecek		
D - Dolaşım	1. Bozulmamış	2.Rengi Değişmiş
KK- Kısıtlama Komplikasyonu	0.Yok 1.İv İnfiltrasyon 2.Bası Yarısı 3.Psikolojik Bozukluk 4.Duyu Kaybı	5.Diğer

[illegible]

6)HASTA DÜŞMELERİNİN ÖNLENMESİ

Hasta Düşmelerinin Önlenmesi



- Hastane içerisinde düşme riski bulunan hasta Harizmi II ve İtaki II Düşme Riski Değerlendirme Formunun doldurulması esnasında belirlenir ve riskli olanlar tespit edilir. Bu hastalar, gerekli önlemler alınmak suretiyle hemşire bankolarına yakın alanlarda ve sürekli gözetim altında tutulur.
- Düşme riskinin yüksek olduğu bölgelere uyarıcı tabela, resim ile uyarı levhaları konularak hastaların bu bölgelerde daha dikkatli olmaları sağlanır
 - Düşme olayı gerçekleştiğinde **İstenmeyen Olay Bildirimi** yapılır.
 - Düzeltici faaliyetler planlanır.



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

İTAKİ II DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ

DOKÜMAN KODU	HB.FR.25
YAYIN TARİHİ	10.05.2012
REVİZYON TARİHİ	1.06.2021
REVİZYON NO	--
SAYFA NO	1

Tarih:							Yaşı :						
Hastanın Adı Soyadı:							Yattığı Bölüm:						
Cinsiyeti:							Risk Değerlendirme Tarihi:						
Değerlendirme Gerekçesi ve Numarası	1	İlk Değerlendirme	2	Post-op Dönem	3	Hasta Düşmesi	4	Bölüm Değişikliği	5	Durum Değişikliği			
Parametreler	Risk Faktörleri						Puan	İlk Değerlendirme	Yeniden Değerlendirme (Tarih- Gerekçe Numarası)				
								.../.../... ()	.../.../... ()	.../.../... ()	.../.../... ()	.../.../... ()	.../.../... ()
YAŞ	60-69							1	1	1	1	1	1
	70-79							2	2	2	2	2	2
	80 ve üstü							3	3	3	3	3	3
BİLİNÇ DURUMU	Bilinç kapalı.							1	1	1	1	1	1
	Bilinç bozukluğu var (Konfüze, laterjik vb.)							2	2	2	2	2	2
DÜŞME HİKAYESİ	Son 6 ay içerisinde düşme öyküsü var.						3	3	3	3	3	3	
HASTALIKLAR/KOMORBİDİTELER (Hipotansiyon, vertigo, serebrovasküler hastalık, parkinson hastalığı, uzuv kaybı, nöbet, artrit, osteoporoz, kırıklar)	Hastalıklardan en fazla ikisi bulunmaktadır.						1	1	1	1	1	1	
	Hastalıklardan 3 ve daha fazlası bulunmaktadır.						2	2	2	2	2	2	
HAREKET KABİLİYETİ	Ayakta/yürürken fiziksel desteğe (yürüteç, koltuk değneği, kişi desteği vb.) ihtiyacı var.						5	5	5	5	5	5	
	Ayakta/yürürken denge bozukluğu var.						10	10	10	10	10	10	
	Baş dönmesi var.						2	2	2	2	2	2	
BOŞALTIM İHTİYACI	Üriner/Fekal kontinans bozukluğu var.						1	1	1	1	1	1	
GÖRME DURUMU	Görme bozukluğu var (Katarakt, gözlük kullanımı vb.)						2	2	2	2	2	2	
	İleri derecede görme engeli var.						10	10	10	10	10	10	
İLAÇ KULLANIMI	4'den fazla ilaç kullanımı var.						2	2	2	2	2	2	
	Son 1 hafta içinde riskli en çok 2 ilaç kullanımı var.						2	2	2	2	2	2	
	Son 1 hafta içinde riskli 3 ve daha fazla ilaç kullanımı var.						3	3	3	3	3	3	
EKİPMAN KULLANIMI (Hastanın hareketini kısıtlayan herhangi bir ekipman. Örn: IV infüzyon, foley katater, göğüs tüpü vb.)	Hastaya bağlı 1-2 bakım ekipmanı var.						1	1	1	1	1	1	
	Hastaya bağlı 3 ve üstü bakım ekipmanı var.						2	2	2	2	2	2	
TOPLAM													

RİSK DÜZEYİ BELİRLEME TABLOSU	
Düşük Risk	0-9 Puan Arasında
Yüksek Risk	10 Puan Üzerinde

Değerlendirmeyi yapan Hemşire
Adı-Soyadı:
İmza:

NOT:
* Düşmelerin önlenmesine yönelik alınacak önlemler hastada var olan risk faktörlerine göre belirlenmelidir.
* İtakî Düşme Riski Ölçeği yalnızca yetişkin yatan hastalarda kullanılır.
* Yüksek risk düzeyinde bulunan hastalar için "Düşme Risk Yüksek Hasta" sembolü kullanılmalıdır.



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

DOKÜMAN KODU	HB.FR.35
YAYIN TARİHİ	10.05.2012
REVİZYON NO	1
REVİZYON TARİHİ	1.06.2021
SAYFA NO	1

HARİZMİ II DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ DEĞERLENDİRME FORMU

Tarih					Servis Adı					
Hastanın Adı Soyadı					Hastanın Yaşı					
Değerlendirme Gerekçesi ve Numarası	1	İlk Değerlendirme	2	Postop Dönem	3	Hasta Düşmesi	4	Bölüm Değişikliği	5	Durum Değişikliği
Parametreler	Risk Faktörleri					Puan	İlk Değerlendirme	Yeniden Değerlendirme (Tarih-Gerekçe Numarası)		
							/...../..... ()	/...../..... ()	/...../..... ()	/...../..... ()
YAŞ	0-3					4	4	4	4	4
	4-7					3	3	3	3	3
	8-11					2	2	2	2	2
	12-18					1	1	1	1	1
DÜŞME ÖYKÜSÜ	Son 6 ay içerisinde düşme öyküsü var.					2	2	2	2	2
HASTALIKLAR	Hastalıklardan 1 veya 2 tanesi bulunmaktadır.					1	1	1	1	1
(Epilepsi, Mental Retardasyon, Konvülsiyon, Denge bozukluğu, Kooperasyon bozukluğu, Solunum hastalıkları, Senkop/baş dönmesi, Aitasyon)	Hastalıklardan 3 veya daha fazlası bulunmaktadır.					2	2	2	2	2
GÖRME DURUMU	Görme durumu zayıf (gözlük kullanıyor vb.)					2	2	2	2	2
	İleri derecede görme engeli var.					10	10	10	10	10
İLAÇ	Son 1 hafta içinde 1 veya daha fazla riskli ilaç kullanımı var.					2	2	2	2	2
(Hipnotikler, Barbitüratlar, Nöroleptikler, Antidepresanlar, Sedatifler, Antihipertansifler)										
EKİPMAN VARLIĞI	Hastaya bağlı 2 veya daha fazla bakım ekipmanı var.					2	2	2	2	2
(IV İnfüzyon, Solunum Cihazı, Kalıcı kateter, Dren, Perfüzör, Pacemaker vb.)										
YÜRÜME VE DENGİ	Ayakta/yürürken fiziksel desteğe ihtiyacı var.					10	10	10	10	10
(Yürütec, Koltuk değneği, Kişi desteği vb.)										
SEDASYON/ANESTEZİ	Hasta post-op/sedasyon/anestezi ilk 24 saatlik dönemde					3	3	3	3	3
	Hasta post-op/sedasyon/anestezi ilk 48 saatlik dönemde					1	1	1	1	1
MENTAL DURUM	Oryantasyon bozuk (konfüze, disoryante, deliryum vb)					3	3	3	3	3
YAŞAM BULGULARI	Unstabil					3	3	3	3	3
DİĞER	Hasta uygun yatakta yatırılmıyor.					2	2	2	2	2
	Ailenin düşme riski konusunda eğitim/bilgilendirme ihtiyacı var.					2	2	2	2	2
Toplam Puan										
RİSK DÜZEYİ BELİRLEME TABLOSU						Değerlendirmeyi Yapan Hemşire				
Düşük Risk						Adı Soyadı:				
Yüksek Risk						İmza:				
Hemşire Notu										
(Hastanın düşme riski ile ilgili yukarıda bulunmayan önemli bir durum varsa belirtiniz)										

NOT:

- * Düşmelerin önlenmesine yönelik alınacak önlemler hastada var olan risk faktörlerine göre belirlenmelidir.
- * Harizmi Düşme Riski Ölçeği yalnızca çocuk (0-18 yaş arası) yatan hastalarda kullanılır.
- * Yüksek risk düzeyinde bulunan hastalar için "Düşme Risk Yüksek Hasta" sembolü kullanılmalıdır. Risk durumuna göre gerekli önlemler alınmalıdır.



EKG KABUL

HASTA SONUÇ SORG...

HEMŞİRE İŞLEMLERİ

İNDİKATÖR

Acil Servise Çağrılan Kons...

Acil Servise Yeniden Bağla...

Ameliyat Masası Kullanım ...

Basi Ülseri Oranı

Cerrahi Alan Enfeksiyon H...

Cerrahi Alan Enfeksiyon H...

Cerrahi Profilakside Antibi...

Cerrahi Profilakside Antibi...

Düşme Hasta Oranı İndika...

Hasta Eğitim ve Taburcu ...

Hasta Sevk Oranı İndikat...

Hemşirelerin Bölüm Değişt...

Kan ve Vücut Sıvılarının Sı...

Kesici Delici Alet Yaralanm...

Müşahade Odasında Yata...

Postoperatif Solunum Yet...

Postoperatif Solunum Yet...

Sezeryan Oranı

Sitolojik ve Patolojik Tanı ...

Yatan Hasta Dosya Kontrol

Yoğun Bakım Enfeksiyon ...

Yoğun Bakım Enfeksiyon ...

Yoğun Bakım Enfeksiyon V...

Yoğun Bakım Mortalite Or...

Yoğun Bakım Mortalite Or...

Yoğun Bakım Hasta Yatış...

İstenmeyen Olay Bildirim ...

SAĞLIK NET

SEKRETERLİK SÜRECİ

WEB UYGULAMALAR

Anamnez

İstem Formları

Ameliyat

E-Reçete

E-Reçete Malzeme

Duyurular

Tanılar

Order Ekranı

Epikriz

E-Nabız & Klinik Araştırma

Ruhsatsız Endikasyon Dışı İlaç Yönetim Sistemi

matik Sonuç Yükle

Form Göster

Dosya No

Başvuru No

Başvuru Tarihi

Başvuru Saati

Başvuru Uyan

Ana Form

DÜŞME OLAYI BİLDİRİM FORMU

Bildirim Tarihi	Hastanın Adı Soyadı
Düşme Tarihi	Cinsiyeti Seçim ya... Yaşı
Tanısı	Seçim yapınız ...
Yattığı Bölüm	Düştüğü Yer
Seçim yapınız ...	Seçim yapınız ...
Düşme Riski Skoru	Düşme Nedeni
Bildirimi Yapan Kişinin Mesleği	Düşme Öncesi Genel Durumu
Düşme Riskine Yönelik Alınan Önlemler (Düşme Öncesi)	
☐ Hasta hemşire bankosuna yakın odaya yatırıldı. ☐ Hastanın yatak başına düğün adam figürü asıldı. ☐ Hasta saat başı ziyaret edildi. ☐ Oda kapısı açık tutuldu. ☐ Odanın aydınlatması artırıldı. ☐ Merdiven ve koridor yeterince aydınlatıldı. ☐ Hastanın yatağı en düşük seviyeye indirildi. ☐ Yatağına tek başına bırakılmadı.	

Başlangıç Tarihi

Bitiş Tarihi

Bildirim Formu

Veri Analiz Formu

Veri Toplama Formu

Yıllık Veri Analiz Formu

İndikatör Kartı

Olayı Anlatınız?

ÖZET

AYRINTILI

Kaydet

Veri Yükle

Raporla

Temizle

Şablonlar

Çıkış

İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM SİSTEMİ

(Güvenlik Raporlama Sistemi)

Dosya No / T.C. No

Başvuru No

Başvuru Tarihi

Elektronik Dosya

PACS Panel

Anamnez

İstem Formları

Ameliyat

E-Reçete

E-Reçete Malzeme

Duyurular

Tanımlar

Order Ekranı

Epikriz

E-Nabız & Klinik Araştırma

Ruhsatsız Endikasyon Dış İlaç Yönetim Sistemi

Kullanıcı Notları

Sorgula

Otomatik Sonuç Yükle

Raporlar

Sonuçlar

Bölümü

Form Göster

Personel Kodu

99999

OLAY BİLDİRİM

Sıra No

191

Ana Form Ana Form -2-

HASTA GÜVENLİĞİ

Gizlilik Talebi Var mı? ☐ Evet ☐ Hayır ise

Adı Soyadı

Çalıştığı Birim

Birinci Bölüm : Olayın Konusu

☐ İlaç Güvenliği

☐ Güvenli Hasta Teslimi

☐ Transfüzyon Güvenliği

☐ Enfeksiyonların Önlenmesi

☐ Cerrahi Güvenliği

☐ Hasta Kimliklendirilmesi

☐ Radyasyon Güvenliği

☐ Hasta Transferi

☐ Bilgi Güvenliği

☐ Düşme

☐ Tesis Güvenliği

☐ Tıbbi Cihaz-Malzeme Güvenliği

☐ Hasta Mahremiyeti

☐ Hasta Bilgilendirme ve Rıza Alınması

☐ Risk Değerlendirme Skorlarının Kulla...

☐ Cerrahi Hatalar

☐ Laboratuvar Hataları

☐ İlaç Hataları

☐ Diğer

İkinci Bölüm

Olayın Gerçekleştiği Yer

Olayın Olduğu Tarih / Saat

Üçüncü Bölüm : Olayı Anlatınız

Dördüncü Bölüm : Varsa Görüş ve Önerilerinizi Yazınız

Kaydet

Veri Yükle

Raporla

Temizle

Şablonlar

Çıkış

RAPOR TARİHLERİ

VERİ TOPLAMA

OLAY BİLDİRİM FORMU

HASTA DÜŞMELERİ

- **Hasta ilk defa kliniğe kabul edildiğinde;**
- **0-18 yaş grubundaki hastalar için Çocuk Düşme Riski Değerlendirme Formu(HARİZMİ II)**
- **Yetişkin hastalar için Düşme Riski Değerlendirme Formu (İTAKİ II) düzenlenerek düşme riski yönünden değerlendirilir.**
- **Düşme riski değerlendirme zamanları;**
- **1. İlk Değerlendirme,**
- **2. Post-Operatif Dönem,**
- **3. Hasta Düşmesi,**
- **4. Bölüm Değişikliği,**
- **5. Durum Değişikliği,**
- **6. Tüm yatan hastalarda haftada bir kez,**
- **7. Taburculuk öncesinde risk değerlendirmesi yapılır.**

YB'lar Düşme riski ölçeği

DÜŞME RİSKİ DEĞERLENDİRME ZAMANLARI:

Düşme riski değerlendirmesi sonucunda hastalar için değerlendirme puanı 10 ve üstünde olan hastalar yüksek riskli kabul edilir,

Düşme riski değerlendirilmesinde riskli olan grubun tek kişilik odada yatıyorsa kapısına, iki veya daha kalabalık odada kalıyorsa yatağının başına

Düşme Riski Yüksek Hasta Figürü asılır.



Hasta transferlerinde transfer sedyesine, sandalyesine de figür eklenir.

Hasta Düşmelerinin Önlenmesi

- Her hasta için düşme risk değerlendirmesi yapılır.
- Ameliyat sonrasında hasta ilk defa ayağa kalkıyorsa hastalara mutlaka eşlik edilmelidir.
- Hasta hemşire bankosuna yakın bir odaya alınır.
- Hasta yalnız bırakılmaz. Kapısı açık tutulur.
- Islak zemin var ise silinmesi sağlanır. Uyarı levhaları konulur.
- Yatak ve tekerlekli sandalyeler kilitlenir.
- Sedye ve yatak korkulukları çalışır durumda olmalıdır.
- **Sedye ve tekerlekli** sandalyelerin kemerleri mevcut olmalıdır.
- Merdiven ve koridorlar yeterli aydınlatılmalıdır.

Tekerlekli Sandalye üzeri



**DÜŞME RİSKİ
YÜKSEK HASTA**



7)GÜVENLİ CERRAHİ UYGULAMALARI

GÜVENLİ CERRAHİ HAYAT KURTARIR



Güvenli Cerrahi Uygulama Rehberi

Güvenli Cerrahi Uygulamaları

Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi

Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Dairesi tarafından ülkemiz şartlarına uygun olarak düzenlenerek tüm hastanelerde kullanılmaya başlanılmıştır.



Hastaya ameliyat öncesi servis hemşiresi tarafından kimlik doğrulama işlemi yapılır ve hasta, dosyası ile birlikte sağlık çalışanı refakatinde ameliyathaneye gönderilir.

Hasta ameliyathaneye kabul edilirken, ameliyathane hemşiresi ve/veya anestezi teknisyeni tarafından kimlik doğrulama işlemi yapılarak beraberce teslim alınır.





NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

GÜVENLİ CERRAHİ KONTROL LİSTESİ

DOKÜMAN KODU

HB.LS.01

YAYIN TARİHİ

13.10.2023

REVİZYON NO

0

REVİZYON TARİHİ

--

SAYFA NO

1

I. Klinikten Ayrılmadan Önce

II. Anestezi Verilmeden Önce

III. Ameliyat Kesisinden Önce

IV. Ameliyattan Çıkmadan Önce

1. Hastanın ;
☐ Kimlik bilgileri
☐ Ameliyatı
☐ Ameliyat bölgesi doğrulandı.
2. Hastanın rızası kontrol edildi mi ?
☐ Evet
3. Hasta aç mı ?
☐ Evet ☐ Hayır
4. Ameliyat bölgesi traşı yapıldı mı ?
☐ Evet ☐ Hayır
5. Hastada makyaj/oje, protez, değerli eşya var mı ?
☐ Evet ☐ Hayır
6. Hastanın kıyafetleri tümüyle çıkarılıp ameliyat önlüğü ve bonesi giydirildi mi ?
☐ Evet ☐ Hayır
7. Ameliyat öncesi gerekli özel işlem var mı ?
☐ Lavman ☐ Mesane kateterizasyonu
☐ Varis çorabı ☐ Özel tedavi protokolü
☐ Diğer ☐ Hayır
8. Ameliyat için gerekli olacak özel malzeme, implant, kan veya kan ürünü hazırlığı teyit edildi mi ?
☐ Evet
9. Hastanın gerekli laboratuvar ve radyoloji tetkikleri mevcut mu ?
☐ Evet

Liste Sorumlusu :
Ad-Soyad, İmza

10. Hastanın kendisinden
☐ Kimlik bilgileri
☐ Ameliyatı
☐ Ameliyat bölgesi
☐ Hastanın ameliyatı ile ilgili rızası doğrulandı.
11. Ameliyat bölgesinde işaretleme var mı ?
☐ Var ☐ İşaretlenme uygulanamaz
12. Anestezi Güvenlik Kontrol listesi tamamlandı mı ?
☐ Evet
13. Pulse oksimetre hasta üzerinde ve çalışıyor mu ?
☐ Evet
- Hastanın Risk Değerlendirmesi**
14. Hastanın bilinen bir alerjisi var mı ?
☐ Yok ☐ Var
15. Gerekli görüntüleme cihazları var mı ?
☐ Yok ☐ Var
16. Hastada 500 ml ya da daha fazla kan kaybı riski var mı ?
☐ Yok
☐ Var, uygun damar yolu erişimi ve sıvı planlandı.

Liste Sorumlusu :
Ad-Soyad, İmza

17. Ekipteki kişiler kendilerini ad, Soyad ve görevleri ile tanıttı mı ?
☐ Evet
18. Ekipten bir kişi sesli olarak hastanın kimliğini, yapılan ameliyatı, ameliyat bölgesini teyit etti mi ?
☐ Evet
19. Kritik olaylar gözden geçirildi mi ?
☐ Tahmini ameliyat süresi
☐ Beklenen kan kaybı
☐ Ameliyat sırasında gerçekleşebilecek beklenmedik olaylar.
☐ Olası anestezi riskleri
☐ Hastanın pozisyonu
20. Profilaktik antibiyotik sorgulandı mı ?
☐ Kesiden önceki son 60 dakika içerisinde uygulandı
☐ Kullanılmaz
21. Kullanılacak malzemeler hazır mı ?
☐ Evet
22. Malzemelerin sterilizasyonu uygun mu ?
☐ Evet
23. Kan şekeri kontrolü gerekli mi ?
☐ Evet
24. Antikoagülan kullanımı var mı ?
☐ Evet ☐ Hayır
25. Derin Ven Trombozu profilaksisi gereklimi ?
☐ Evet ☐ Hayır

Liste Sorumlusu :
Ad-Soyad, İmza

26. Gerçekleştirilen ameliyat için sözlü olarak
☐ Hasta
☐ Yapılan ameliyat,
☐ Ameliyat bölgesi teyit edildi.
27. Alet, spanç/kompres ve iğne sayımları yapıldı mı ?
☐ Evet / Tam ☐ Hayır
28. Hastadan alınan numune etiketinde
☐ Hastanın adı doğru yazılı
☐ Numunenin alındığı bölge yazılı
29. Ameliyat sonrası kritik gereksinimler gözden geçirildi mi ?
☐ Anestezistin önerileri ;
☐ Cerrahin önerileri ;
30. Hastanın ameliyat sonrası gideceği bölüm teyit edildi mi ?
☐ Evet

Liste Sorumlusu :
Ad-Soyad, İmza

- Taraf işaretlemesi için cerrahi **taraf işaretleme (Skin marker)** kalemi kullanılmalı,
- **Yapışkan taraf işaretleyicileri** kullanılmamalı,
- Taraf işaretleme mutlaka **hastanın uyanık ve bilinçli olduğu** zaman diliminde yapılmalı,
- Çoklu yatay yapılar (el ve ayak parmakları ve lezyonlar) veya çoklu düzeylerde (lomber ve torakal ve servikal omurlar) en uygun ve en yakın bölge işaretlenmeli,
- Göz tarafı işaretlemesi için kaşın üzeri kullanılmalı,

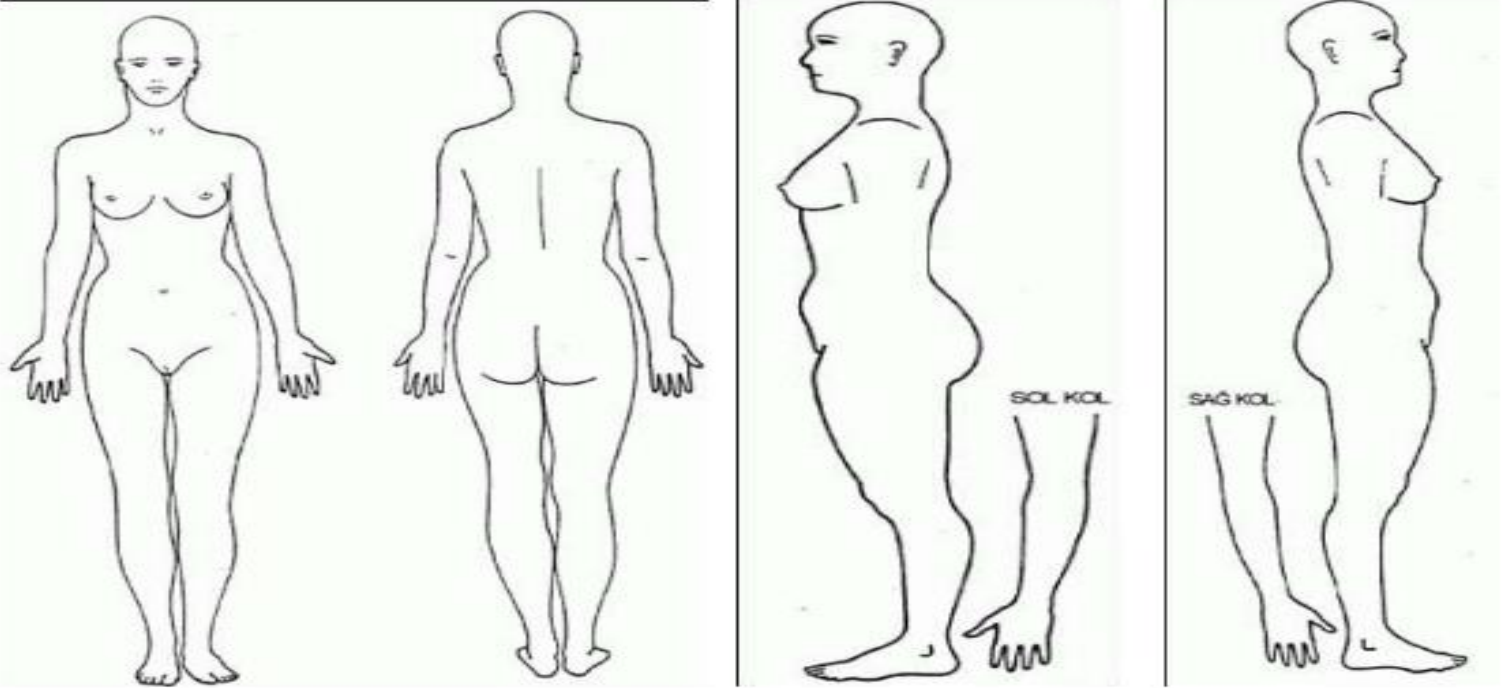


T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

YANLIŞ TARAF CERRAHİSİ ÖNLEME FORMU (KADIN)

DOKÜMAN KODU	HB.FR.13
YAYIN TARİHİ	13.10.2023
REVİZYON NO	0
REVİZYON TARİHİ	-
SAYFA NO	1

Hastanın Adı/ Soyadı		Protokol No	
Yatış Tarihi		T.C. Kimlik No	
Operasyon Adı		Ameliyat Olacak Kısım	

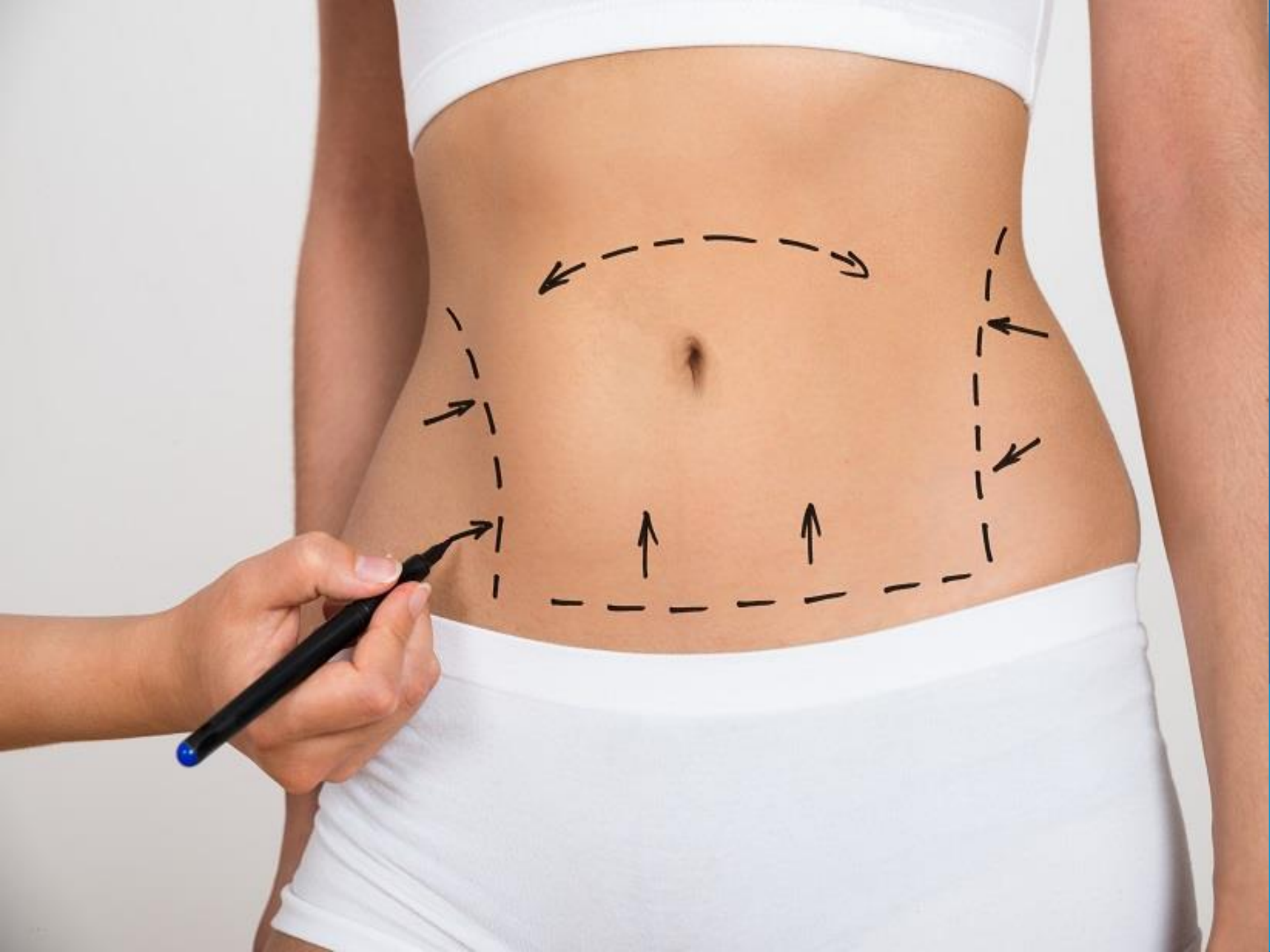


Hastanın ameliyat olacak bölgesi tarafımızdan değerlendirilmiş ve kontrol edilmiştir.

Ameliyathane Hemşiresi

Ameliyatı Yapacak Hekim

Anestezi Hekimi





8)RADYASYON GÜVENLİĞİ

Radyasyon Güvenliğinin Sağlanması



- Işınlamanın zararlı sonuçları göz önünde bulundurularak net bir fayda sağlamayan hiçbir radyasyon uygulamasına izin verilmemelidir.

- Radyasyon ışınlaması gerektiren uygulamalarda olası tüm ışınlamalar için mümkün olan en düşük dozun alınması sağlanmalıdır.

- Radyasyonla çalışan personelin sağlık taramaları yapılmalıdır.



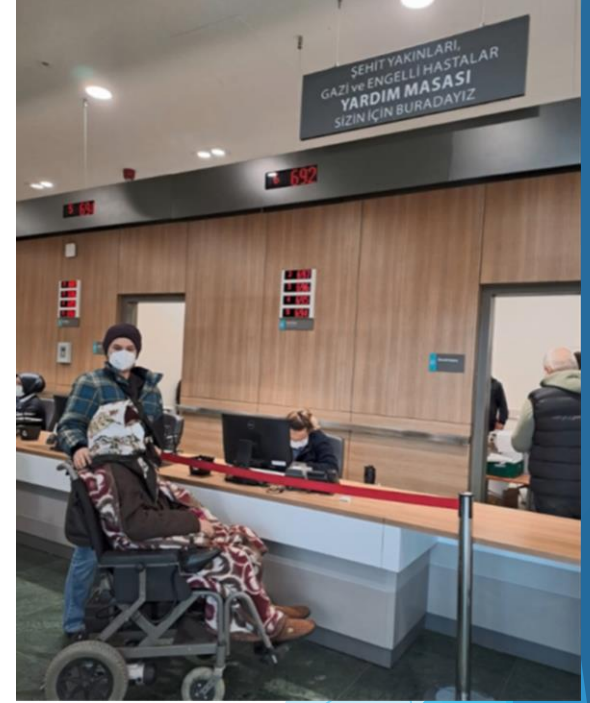
9)ENGELLİ HASTALARA YÖNELİK DÜZENLEMELER

- ▶ Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağığı yalnızca hastalık veya sakatlık durumunun olmayışı değıl, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali şeklinde tanımlamıştır.
- ▶ Kişinin bedensel, zihinsel, ruhsal, duysal ve sosyal yeteneklerini çeşitli derecelerde kaybetmesi nedeniyle toplumsal yaşama uyum sağlama ve günlük gereksinimlerini karşılamada güçlük çekmesi ve bu nedenle farklı alanlarda desteğı ihtiyaç duyması ise **engellilik** olarak tanımlanmaktadır.

- Bu hususta Sağlık Bakanlığı, engelli bireylerin sağlık hizmetlerine erişiminin tam ve sürekli olarak sağlanması, sağlık hizmetlerinin engelli bireylerin engel durumuna uygun ortamlarda hızlı, verimli ve mağdur edilmeden karşılanması ve sağlık bakım kalitesinin yükseltilmesi amacı ile 05/06/2008 tarihli ve 2008/43 sayılı “Özürlü Kişilere Yönelik Sağlık Hizmetlerinin Sunumuna İlişkin Genelgeyi” yayınlamıştır.

Sağlık Bakanlığının “Özörlü Kişilere Yönelik Sağlık Hizmetlerinin Sunumu”na İlişkin Genelgesi”

- Engelli bireylere poliklinik **muayenelerinde öncelik** sırası hakkı tanınmaktadır.
- Engelli bireylere sosyal ve ekonomik alanda (indirimli otobüs kartı, indirimli su faturası, evde sağlık ve evde bakım hizmeti, kurum bakımı vb.) çeşitli haklar sağlayan **Engelli Sağlık Kurulu Raporlarının** eksiksiz ve doğru olarak düzenlenmesine ilişkin yetkilendirilmiş olan hastanelerde ilgili Genelge hükümlerince Sağlık Kurulu hizmeti sağlanmaktadır.



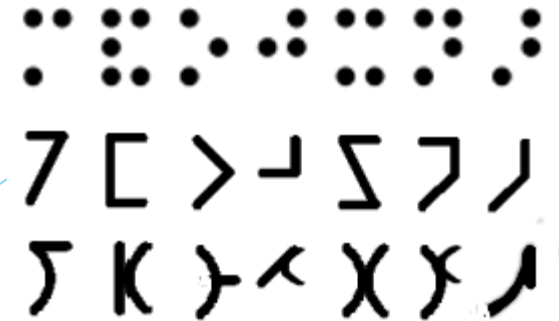
► Genelge, engelli bireylere yönelik mimari düzenlemeleri de kapsamakta olup, sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırıcı şekilde her türlü engeli grubunu kapsayacak **yazılı, sesli ve görsel yönlendirme**, görme engelli bireyler için **takip izi**, fiziksel engelli bireyler için gerekli yerlerde **tutunma barları**, **otopark vb.** imkanların sağlanması yer verilmektedir.



- Engelli bireylerin sağlık haklarından faydalanırken oluşabilecek engellerin ortadan kaldırılması amacı ile sağlık personellerimiz ve hastanelerimiz engelli bireylere; Sağlık Bakanlığımızın “ **Özürlü Kişilere Yönelik Sağlık Hizmetlerinin Sunumuna İlişkin Genelgesi**” ve “**Poliklinik Hizmetlerinde Öncelik Sırasına İlişkin Genelgesi**” hükümlerince pozitif ayrımcılık sağlamaktadır.

Engelli hastalara yönelik düzenlemelerin yapılması

- Yaşlı ve engelli kişilerin sağlık hizmetine erişimlerini kolaylaştırmaya yönelik düzenlemeler bulunmalıdır.
- Yaşlı ve engelli kişilerin öncelikli kayıt yaptırmaları sağlanmalıdır.
- Yaşlı ve engelli kişilerin poliklinik alanlarında öncelikli oturabilmelerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.
- Yaşlı ve engelli kişilerin muayene, tanı ve tedavi işlemlerinde öncelikli olmaları sağlanmalıdır.
- Otopark alanları, asansörler, tuvalet ve lavabolar engelli kişilerin yararlanabileceği şekilde düzenlenmiş olmalıdır.



10)TIBBİ CİHAZ GÜVENLİĞİ

Sağlık kurumları tarafından
Hasta ve Çalışan
Güvenliğinin
sağlanabilmesi ve hastanede
bulunan tıbbi cihazların
çalışırlılığının sağlanması için
denetim, test ve bakım
planlaması
Yapmalı ve yapılan kontroller
kayıt altına alınmalıdır.



Arızalı cihazlarınız için tıbbi cihaz birimine başvurunuz...

Kalibrasyonu yapılan cihazların kalibrasyon etiketi bulunmalıdır.

Etikette;

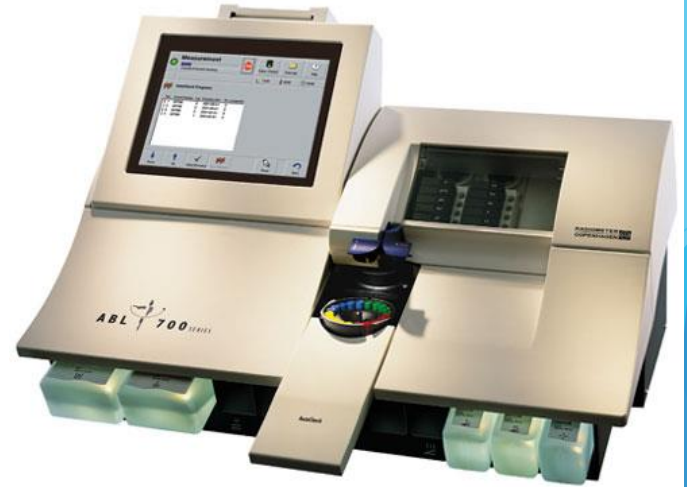
Kalibrasyon yapan firmanın adı,
Kalibrasyon tarihi,
Geçerlilik süresi,
Sertifika süresi bilgileri bulunmalıdır.

KALİBRASYON ETİKETİ	
Cihazın Adı	:
Seri No	:
Sertifika No	:
Kalibrasyon Tarihi	:
Kalibrasyonu Yapan	:

Hasta Başı Test Cihazları (HBTC):

Hasta başında değerlendirme/test amaçlı olarak laboratuvar dışında erken tanı için kullanılan tıbbi tanı cihazlarıdır.

Kan glikozu, kan gazı ve elektrolitleri, idrar strip testi, streptokokantijeni, kardiyak enzimler, koagülasyon parametreleri, C-reaktif protein gibi parametreleri laboratuvar dışında ölçen cihazlardır.



- HBTC'nin kullanıldığı bölüm sorumluları belirlenmelidir.
- HBTC'nin envanteri tutulmalıdır.
- HBTC'nin bakım ve temizliği yapılmalıdır.
- HBTC için kalite kontrol testleri çalışılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.
- Kalite kontrol sonuçlarında uygunsuzluk tespit edilmesi halinde DÖF başlatılmalı.
- Cihazın kullanım dışı olması durumunda kullanılacak alternatif cihaz yada yöntemler belirlenmelidir.

- HBTC kullanacak çalışanlara eğitim verilmelidir, çalışılacak testlerin pre-analiti- analitik- post analitik evrelerinde dikkat edilmesi gereken hususlar,
- Kalibrasyon ve kalite kontrol sonuçlarının değerlendirilmesi
- Cihazın bakım ve temizliği konularında eğitim verilmeli ve kayıt altına alınmalıdır.

A blue scroll graphic with a black outline, featuring a rolled-up end on the left and a small circular detail on the right. The text is centered on the scroll.

11) HASTA MAHREMİYETİNİN SAĞLANMASI

Hasta Mahremiyeti

Tüm sağlık hizmeti süreçlerinde hastanın mahremiyeti sağlanmalıdır.

Sağlık hizmeti sunumu sırasında hastanın; **fiziksel, psikolojik, bilişsel ve sosyal** mahremiyeti dikkate alınmalıdır.



Hasta Mahremiyeti

Ameliyat olan, doğum yapan hastanın yakınlarının bilgi alabilmelerini sağlayan görsel ve güncellenebilen bilgi sistemleri (tv,monitör gibi) bulunmalıdır. Bilgilendirme sisteminin hasta mahremiyetini sağlayacak şekilde düzenlenmesi sağlanmalıdır.

Yoğun bakım ünitelerinde hasta mahremiyetinin sağlanmasına yönelik gerekli fiziki düzenlemeler yapılmalıdır.



HASTA MAHREMİYETİ

✓ **Mahremiyet hakkı bireyin bedenini ve kendisiyle ilgili bilgilerini-tıbbi kayıtlarını istediği ve izin verdiği kadarıyla paylaşmaktır.**

Mahremiyete saygı gösterilmesi ve bunu istemek hakkı;

- Hastanın, sağlık durumu ile ilgili tıbbi değerlendirmelerin gizlilik içerisinde yürütülmesini,
- Muayenenin, teşhisin, tedavinin ve hasta ile doğrudan teması gerektiren diğer işlemlerin makul bir gizlilik ortamında gerçekleştirilmesini,
- Tıbben sakınca olmayan hallerde yanında bir yakınının bulunmasına izin verilmesini,
- Tedavisi ile doğrudan ilgili olmayan kimselerin, tıbbi müdahale sırasında bulunmamasını,
- Hastalığın mahiyeti gerektirmedikçe hastanın şahsi ve ailevi hayatına müdahale edilmemesini,
- Sağlık harcamalarının kaynağının gizli tutulmasını, kapsar.

Ölüm olayı, mahremiyetin bozulması hakkını vermez.

Fiziksel mahremiyetin korunması;

- ✓ Hastanemize muayene, tetkik, girişimsel işlem için başvuran tüm hastalarda;
- Hasta muayenesi paravan veya perde arkasında, üçüncü kişilerin görmesi engellenerek yapılır.
- Muayene odasında veya girişim alanın da görevliler dışında kişi olmamalıdır.
- Hastanın izin verdiği kişiler ve hekimin bulunmasında yarar gördüğü yakınları kalabilir.
- Polikliniklerde, uygulama alanlarında, hasta odalarında kontrolsüz girişlerin önlenmesi gereken durumlarda kapının dışarıdan açılması engellenir.

Tıbbi mahremiyetin korunması

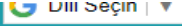
- Hastanın bedeni üzerinden yapılan tüm uygulamalarda (ameliyat, girişim, görüntüleme gb.) özel mahremiyet bölgesinin açılmasını gerektiren durumlarda hasta mahremiyetine saygı önemlidir.
- Tıbben bölgenin hazırlanması gereken durumlarda, olması gereken görevliler dışındakiler bu ortamda bulunmamalıdır.

Kayıtsız bilgi mahremiyeti

- Hastanın bize vermiş olduğu tıbbi öykü ve diğerkonuşmaların hasta ve hekimin izini olmayan üçüncü kişiler tarafından duyulması engellenir.
- Hastanın tıbbi bilgilerinin başka kişilere aktarılması durumlarında gizlilik ilkesi korunarak gerekli özen gösterilir.
- Hastanemizi tüm çalışanları hastalarımıza özel olan (ilgili görevliler arasında olan bilgilendirme, hastanın anlatması, yakını ile paylaşım gb.) tesadüfen veya görevleri sırasında şahit oldukları bilgilerin orada kalmasına özen göstermek ve diğerkonuşmaların başka kurumlara, diğer kişiler, ortamlar) bakımından sorumludurlar.
- Kayıtlı bilgi mahremiyetinin korunması hasta kayıtları ve dosyalarına ilgili görevliler dışında ulaşımın engellenmesi için hekim, hemşire, tıbbi sekreterler tarafından gerekli önlemler alınır. Hasta dosyasını (basılı, yazılı) hasta görmek isterse, hekimin izni ile bir görevli refakatinde ve yerinde görmesine izin verilebilir.

12) HASTALARIN GÜVENLİ TRANSFERİ

2. Hasta Transferi



[Site Haritası](#)



SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
SAĞLIKTA KALİTE, AKREDİTASYON VE ÇALIŞAN HAKLARI DAİRESİ BAŞKANLIĞI

[Kurumsal](#) [Mevzuat](#) [Türkiye Sağlıkta Kalite Sistemi](#) [Yayınlar](#) [Hasta Güvenliği](#) [Dijital Uygulamalar](#) [İletişim](#)

[Hasta Güvenliği](#) > [Ulusal Hasta Güvenliği Hedefleri](#) > [Hastaların Güvenli Transferi](#)

[A+](#) [A](#) [A-](#) 

Hastaların Güvenli Transferi

Güncelleme Tarihi 23 Mart 2023

Hasta güvenliğini tehdit eden önemli unsurlardan bir tanesi de hastaların transferidir. Hastaların hastane içerisindeki bir birimden başka bir birime veya hastane dışında bir sağlık kuruluşuna transferi; hastanın gereksinimlerini karşılanarak, hastanın güvenliğini ve hasta bakımının sürekliliği sağlanarak güvenli bir şekilde yapılmalıdır.

Güvenli bir transfer, “Hastanın en azından transfer öncesi durumuyla gelmesi”, “Transfere bağlı fizyolojik bozulma olmaması”, “Kritik olayların olmaması”, “Ekipman arızasının olmaması” gibi çeşitli amaçlarla tanımlanabilir.

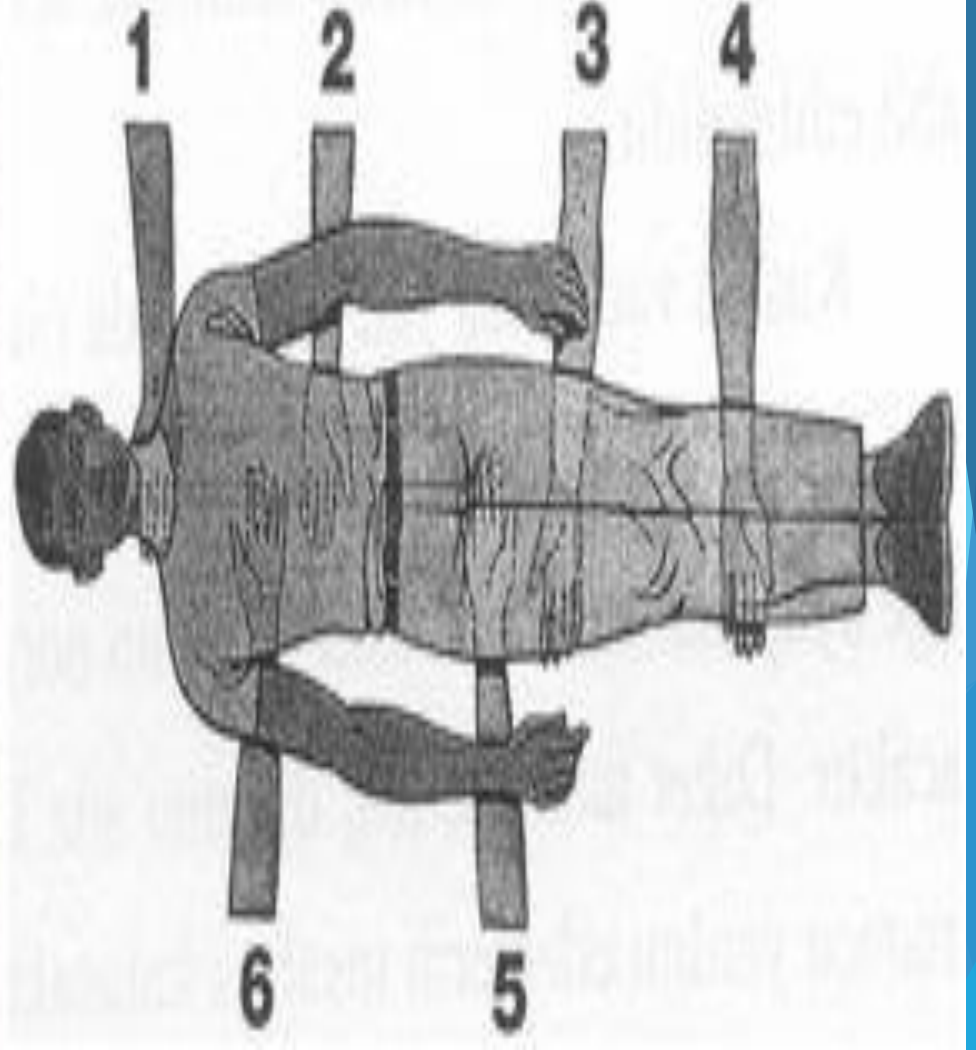
Hasta transferi esnasında hastaların olası zararlardan korunması ve hata olasılığını ortadan kaldırmak amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlardaki çalışanlar tarafından “hasta güvenliği” kapsamında, SKS setlerinde yer alan konu ile ilgili standartlara ve uluslararası literatürde yer alan bazı kaynaklara ulaşabilirsiniz.

[İlgili Standartlar ve Göstergeler](#) >

[Yararlanılabilecek Kaynaklar](#) >

[Kontrol Listesi](#) >

Hasta Taşıma ve Kaldırma Yöntemleri:



Hasta Transferi

► **Hastanın sedyeyle taşınması gerekiyorsa;**

- Minimum 3 kişiyle yapılır.
- Hasta taşınmasında önce mutlaka hastanın hastalığı hakkında bilgi edinilir.
- Riskli vakalar (ortopedik, nöroşirurjik vakalar, trafik kazaları; vb.) uygun taşıma teknikleri kullanılır ve gerektiğinde hekim desteği alınır.
- Hasta taşımada yardımcı olacak personele haber verilir.
- Sedye üzerine temiz örtü yerleştirilerek gerekli hazırlığı sağlanır.
- Hasta üstü örtülerek mahremiyetine özen gösterilir.
- Hasta ve yakınları işlem konusunda bilgilendirilir.
- Sedye hasta yatağını yanına getirilir, tekerlekleri kilitlenir.
- Yatak ve sedyenin baş kısmı aynı tarafta, yüksekliğinin aynı hizada olması sağlanır.
- Sedyenin kenarlıkları yükseltilir ve emniyet kemerleri takılır.
- Sedyenin ön ve arkasına geçilerek yönü belirlendikten sonra ilgili bölüme, ilgili evraklarla teslim edilir.

Hasta Transferi

▶ Hasta tekerlekli sandalye ile taşınacaksa;

- ▶ Tekerlekli sandalye hasta yatağını yanına getirilir, frenleri kilitlenir.
- ▶ Hasta yatağında oturtulur, karşıya bakması sağlanır.
- ▶ Hastanın ayakları yataktan sarkıtılır ve bir süre beklenir.
- ▶ Tekerlekli sandalyenin ayaklıkları dış yanlara açılır.
- ▶ Hasta ayağa kaldırılır, kendi eksenini etrafında döndürülerek arkasını sandalyeye gelmesi sağlanır ve sandalyeye oturtulur.
- ▶ Hastanın üzeri örtülür ve mahremiyetine özen gösterilir.
- ▶ Hasta ilgili birime, ilgili evraklarla teslim edilir.

Hasta Transferi

▶ *Hasta kendi yatağıyla taşınacaksa;*

- ▶ Hastanın yatak takımları değiştirilir, hasta bakımı yapılır.
- ▶ İdrar torbası, varsa dreni (seviyesi kaydedildikten sonra) boşaltılır.
- ▶ Yatak kenarlıkları yükseltilir.
- ▶ Hasta üzeri örtülerek mahremiyetine özen gösterilir.
- ▶ Hasta ilgili birime, ilgili evraklarla teslim edilir.

Güvenli Hasta Transferi

- Hasta tetkik ve tedavi nedeni ile bulunduğu servis dışına çıkacak ise sağlık çalışanı eşliğinde götürülmeli,
- Doğru hastanın transferinin sağlanmasında hasta kimlik tanımlamasına dikkat edilmeli,
- Taşıma sırasında hasta sürekli gözlemlenmeli,
- Transferden önce bakımın devamını sağlayacak cihaz ve aletlerin kullanılabilirliği kontrol edilmelidir.
 - Düşme riski tanımlayıcısı hasta transferi kullanılmalıdır.**
 - Hastaya izolasyon uygulanıyorsa transfer ekipmanına ilgili izolasyon figürleri asılmalıdır.**



Pediatric hastaların taşınması sırasında ebeveynin hastanın yanında olmasına izin verilmelidir.

Transport sırasında çocuğun sevdiği bir oyuncayı yanına almasına izin verilmeli yada oyalama teknikleri geliştirmelidir.



13) BİLGİ GÜVENLİĞİ

Bilgi Yönetim Sistemi:

Kurumların eğitimli kullanıcılar ve bilgisayar ağına bağlı cihazlar aracılığıyla, yapmış olduğu her türlü çalışmayı (poliklinik, laboratuvar, radyoloji, eczane hizmetleri v.b.) gerçekleştirmesine, kaydetmesine ve muhafaza etmesine yarayan elektronik yazılımlar grubu.



Her kullanıcının Bilgi Yönetim Sistemi uygulamalarında hangi bilgilere erişebileceği tanımlanmalıdır.

Bilgi Güvenliği Hedefleri

Tehditlerin **farkında** olmak

İşlerin **devamlılığını** sağlama

Kayıpları en aza indirme

Kuruluşların varlıklarının **her koşulda** gizliliği, erişebilirliği ve bütünlüğü **koruma**

Çalışanlar yetki düzeyleri ile ilgili olarak bilgilendirilmelidir.

- o Bilgilendirme ve yetki düzeyi kayıt altına alınmalıdır.**
- o Aynı görevi icra eden çalışanlar aynı yetki gruplarına sahip olmalıdır.**
- o İşe yeni başlayan ve işten ayrılan personele erişim yetkilerinin verilmesi ve iptal edilmesine yönelik yetki verme ve iptal etme prosedürü oluşturulmalıdır.**



14)ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ

Enfeksiyonlardan Korunma



TIBBİ ATIK

TEHLİKELİ ATIKLAR

EVSEL ATIKLAR

AMBALAJ ATIKLARI

KESİCİ DELİCİ ALET ATIKLARI

-Klinik veya laboratuvar olarak kanıtlanmış enfeksiyonu olan hastaların kan ve vücut sıvısıyla kirlenmiş atıklar

Örnek:

- hepatit B, hepatit C, HIV, olan hastaların kan ve steril vücut sıvılarıyla(içerir hariç) kirlenmiş malzemeler,
- Ameliyathanede hasta kan ve vücut sıvısıyla kirlenmiş atıklar
- Kullanılmış kan ve kan ürünleri içeren transfüzyon torbaları
- Laboratuvar atıkları(kan tüpleri)
- Fazla miktarda kan ve steril vücut sıvılarıyla(içerir hariç) kirlenmiş malzemeler
- Bakteri ve virüs tutucu filtreler / hava filtreleri
- Kesici-delici atık kutusu

- Floresan Lambalar
- Ağır metal içeren atıklar
- Basıncılı kaplar
- Miad dolmuş ilaçlar
- Tehlikeli madde içeren kimyasallar(Formaldehit, Gluteraldehit vb)
- Tehlikeli maddelerle kontamine olmuş ambalajlar
- Amalgam atıkları
- Kartuj ve tonerler
- Elektrik ve elektronik ekipman atıkları
- Bitkisel yağ atıkları
- Bitmiş piller, bataryalar vb.

-Klinik ve laboratuvar olarak şüpheli veya kanıtlanmış enfeksiyonu olmayan hastalardan kaynaklanan atıklar

Örnek:

- Hasta alt bezleri
- Boşaltılmış idrar torbaları/idrar sondası
- Aspirasyon torbaları/sondaları
- Nazogastrik sonda
- Tek kullanımlık sürgü, böbrek küvet
- Alçı ve ateller
- Sargı bezleri ve spançlar
- Maske, gözlük, önlük
- Nazal oksijen kanülleri

- Kağıt
- Karton
- Plastik
- Cam
- Kontamine olmamış serum şişeleri , setleri ve torbaları
- Flakonlar

- Ucu ile birlikte enjektörler
- Lam
- Lamel
- Lanset
- Traş bıçakları
- Süturlar
- Serum seti iğnesi
- Biyopsi iğneleri
- Kırık camlar
- Yaralanmaya neden olabilecek tüm kesici delici aletler



TANIMLAYICI FİGÜRLER TABLOSU



Solunum izolasyonu



Damlacık izolasyonu



Temas izolasyonu



Düşme riski

**15) ÖRNEK ALIMI VE
TRANSFERİ
(Laboratuvarda Hasta
Güvenliği)**

Analitik Süreç: Laboratuvarda, numunelerin analizinden sonuçların onaylanmasına kadar geçen test süreçleridir.

Analiz Öncesi Süreç: Test isteminden analize kadar geçen, numune alımı, numune transferi, numunenin laboratuvara kabulü, saklanması ve analize hazırlanışını içeren tüm aşamaları kapsamaktadır.

Analiz Sonrası Süreç: Laboratuvar test sonuçlarının onaylanmasından, sonucun hasta yararına kullanımına kadar geçen süreci ifade etmektedir.

**NUMUNENİN TRANSFERİNİN DOĞRU YÖNTEM VE
BELİRLENEN SÜRE İÇERİSİNDE GERÇEKLEŞTİRİLMESİ
KONUSUNDA**

**TRANSFERİ YAPAN PERSONELE EĞİTİM YAPILMASI
VE KAYDEDİLMESİ ZORUNLUDUR**

Hekimler medikal kararlarını %70 oranında laboratuvardan gelen sonuca göre verirler

Preanalitik evre → *hataların % 60'ının meydana geldiği evredir.**

Uygun şekilde alınmış
örnekler laboratuvar
testleri için çok önemli bir
adımı oluşturur



A large blue rectangular graphic with rounded corners, featuring a scroll-like design on the left side and a small circular detail at the top right. The text is centered within the blue area.

RENKLİ KOD UYGULAMALARI

BEYAZ KOD



1111 ŞİDDET İHBAR KODU



MAVİ KOD



2222 ACİL TIBBİ MÜDEHALE İHBAR KODU



PEMBE KOD



3333 ÇOCUK KAÇIRMA İHBAR KODU



KIRMIZI KOD



4444 YANGIN İHBAR KODU



Renkli kodlar belirlenmiş olan acil durumlara göre;

Risk durumlarında iletişime olanak tanımakta

Kısa ve net mesaj vermekte

Hastane çalışanlarını haberdar etmekte

Doğru müdahale için zaman kazandırmakta

Panik olmasına engel olmakta

Acil durumlarda hazırlıklı olmayı mümkün kılmakta

Hasta ve çalışan güvenliğini sağlamaktadır

Mavi Kod 2222

Mavi kod; hastanede karşılaşılabacak solunum veya kardiyak arrest durumlarında, müdahalenin en hızlı ve etkin şekilde yapılmasına yönelik oluşturulan acil uyarı kodudur.

Temel yaşam desteği sürecinin güvence altına alınması, Hasta ve çalışan güvenliğini sağlanması amacıyla acil tıbbi müdahaleye ihtiyaç duyulduğu zaman servis hemşiresi tarafından resüsitasyon işlemleri talimatına göre hava yolu açıklığı sağlanarak **2222** aranarak **mavi kod** başlatılır.

Mavi kod uygulamalarını yapmak üzere her ekipte;en az bir hekim,bir sağlık çalışanı bulunmalı,hekim ve sağlık çalışanı **CPR** eğitimi almış olmalıdır.

Mavi kod ekibi en geç ** dakikada** olay yerine ulaşmalıdır.

Mavi kod uygulamasına yönelik ilgili kayıtlar tutulmalıdır.

Mavi kod uygulamasına yönelik olarak her dönem tatbikat yapılmalıdır.



Pembe Kod 3333

- Pembe kod;** hastanede bebek ya da çocuk kaçıırma riski ve/veya eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale edilmesi amacıyla oluşturulan acil uyarı kodudur.



•**3333** aranıp olay yeri bildirimi yapılarak **Pembe Kod** başlatılır. Güvenlik ekibinin olay yerine hızlıca intikali gerçekleşir ve hastanenin giriş-çıkışlarında kontrollü geçiş uygulanarak önleyici müdahalelerde bulunulması sağlanır.



Pembe Kod uygulamaları ile ilgili kayıtlar tutulmalıdır.
Pembe Kod uygulamasına yönelik her dönem tatbikat yapılmalıdır.

Beyaz Kod 1111

Beyaz kod; hastanede görevli personele yönelik şiddet riski/girişimi varlığında ya da şiddet uygulanması halinde, olaya en kısa sürede müdahalenin yapılması amacıyla oluşturulan acil uyarı kodudur.

Beyaz kod uygulamasına yönelik olarak her dönem tatbikat yapılmalıdır.

Gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyetler başlatılmalıdır.

Olaya maruz kalan çalışanlara gerekli destek sağlanmalıdır.



Kırmızı Kod 4444

Kırmızı kod; hastanede çıkabilecek herhangi bir yangın tehlikesi halinde, yangına en hızlı şekilde müdahale edilerek oluşabilecek tehlikeleri ve zararları en aza indirmek ve/veya önlemek amacıyla oluşturulan acil uyarı kodudur.

Çalışanların katılımı ile yılda en az bir kez kırmızı kod tatbikatı yapılmalıdır.



İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM SİSTEMİ

İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM SİSTEMİ

Hastanelerde meydana gelen olaylardan ders çıkartmak ve benzer olayların bir daha yaşanmasını engellemek amacıyla oluşturulan bir bildirim sistemidir.

Sistem Hasta Güvenliği ve Çalışan Güvenliği olmak üzere 2 ayrı modülde ele alınmalıdır.

İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM

Hasta
Güvenliği

İlaç Güvenliği

Transfüzyon
Güvenliği

Cerrahi Güvenlik

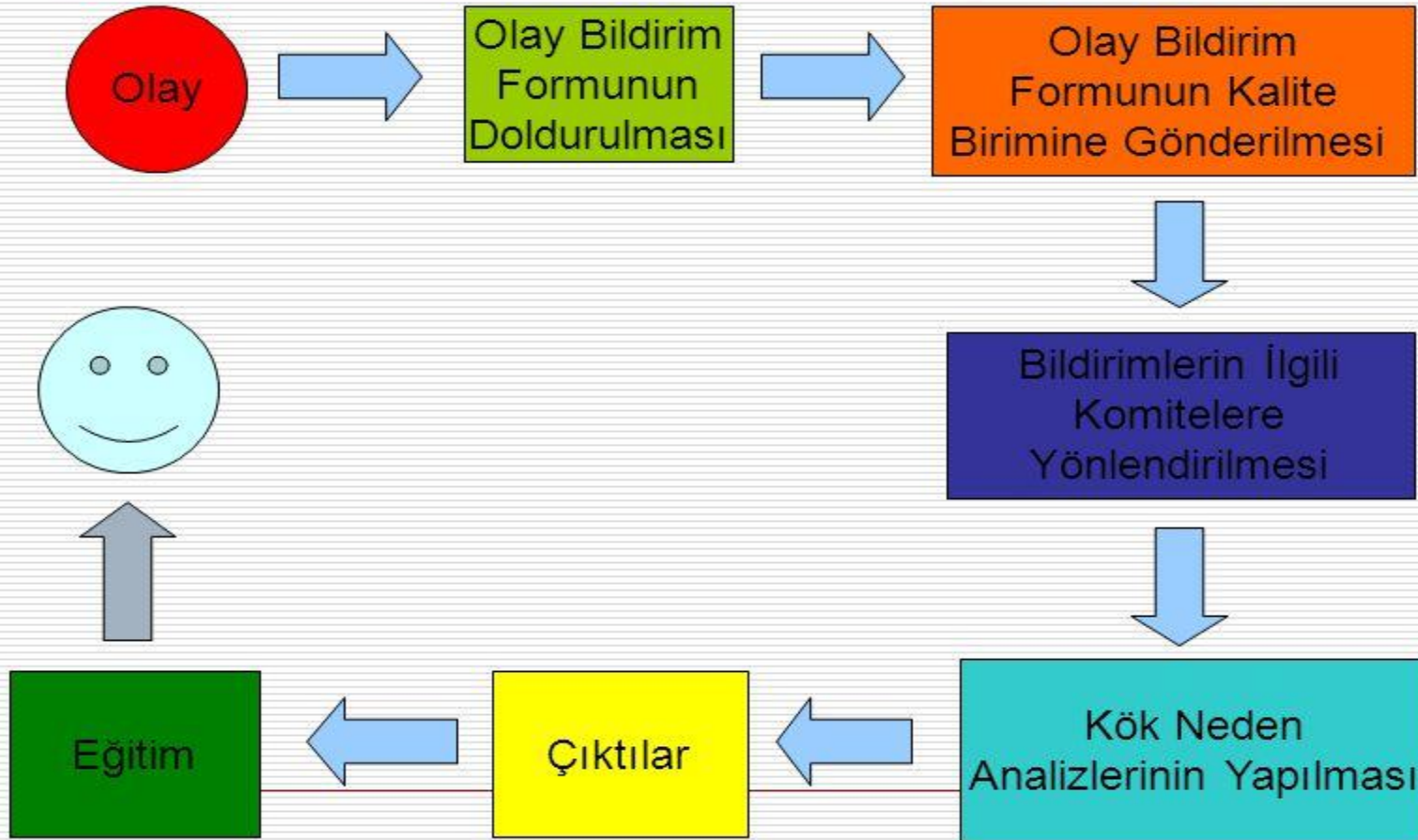
Hasta Düşmeleri

Çalışan
Güvenliği

Kesici Delici Alet
Yaralanmaları

Kan ve Vücut
Sıvıları ile Temas

İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM





İstenmeyen olay bildirim sisteminin işlemesi ancak çalışanlar tarafından yapılan olay bildirimleri ile yakından ilişkilidir.

Bu amaçla çalışanlara istenmeyen olay bildirim sisteminin tanıtımı, formların kullanımı ve bildirimlerin nasıl yapılması gerektiği noktasında eğitimler verilmelidir.

İlaç Güvenliği Bildirim

Yapılabilecek Örnek Olaylar

Yanlış ilaç istenmesi

- Yanlış ilaç uygulanması
- İlacın yanlış yolla uygulanması
- İlacın yanlış zamanda uygulanması
- Eczaneden yanlış ilaç gelmesi
- Eczaneden ilaçların uygun şartlarda gelmemesi



Transfüzyon Güvenliği Bildirim Yapılabilecek Örnek Olaylar

- Hasta kimlik doğrulamasının yapılmaması,
- Yanlış hasta
- Yanlış kan ve/veya kan ürünü
- Kan ve/veya kan ürününün yanlış etiketlenmesi
- Kan ve/veya kan ürününün uygun olmayan depolanması
- Transfüzyon sırasında uygun takip yapılmaması

Transfüzyon Güvenliği



Cerrahi Güvenlik Bildirimi Yapılabilecek Örnek Olaylar

- Hasta kimlik doğrulamasının yapılmaması
- Ameliyat taraf işaretleme yapılmaması
- Yanlış taraf/organ cerrahisi
- Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi'nin yanlış doldurulması
- Cerrahi işlem sırasında oluşan istenmeyen olayların gerçekleşmesi (Yanık gelişmesi gibi)



Erdil Yaşaroğlu © www.komikoz.net

İstenmeyen olay bildirim sistemi ile ilgili çalışanlara eğitim verilmelidir

- ▶ İstenmeyen olay bildirim sistemi ile ilgili eğitimler tüm hastane çalışanlarını ve asgari aşağıdaki konuları kapsayacak şekilde planlanmalıdır:
 - İstenmeyen olay bildirim sisteminin amacı, önemi ve sorumluluklar
 - Sistemin yapısı
 - Çalışanlar açısından bildirimlerin gizliliği ve güvenliği
 - Sistemin odağı olan hatalardan öğrenme ve sürekli iyileştirme kültürü
 - İstenmeyen olay bildirim sistemi kapsamında yer alan istenmeyen olaylar
 - Bildirimin yapılma şekli, uyulması gereken kurallar
 - Bildirim formlarının nasıl doldurulacağı
 - Bildirimlerin nasıl değerlendirildiği ve analiz edildiğine ilişkin genel bilgi }
 - İstenmeyen olayların meydana gelmesi durumunda, hasta ve hasta yakınının nasıl bilgilendirileceği



N.E.Ü. TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ İNTRAVENÖZ EKLENENLER

Hasta Adı Soyadı	
I.V. Solüsyon	
Eklenen İlacın Adı/Dozu	
Başlama Tarihi/Saati	
Bitiş Saati	
Uygulayan Adı/Soyadı/İmza	

TPN gibi mayilere de eklenmeli



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

SICAKLIK TAKİP FORMU

DOKÜMAN KODU
YAYIN TARİHİ
REVİZYON NO
REVİZYON TARİHİ
SAYFA NO

HB.FR.24
01.05.2006
02
07.11.2018
1/1

KONTROL UNSURLARI OLAN		☐ DOLAP						
DOLABIN İÇERİĞİ		☐ İLAÇ ☐ KAN VE KAN ÜRÜNLERİ ☐ TETKİK KİTLERİ ☐ DİĞER:						
DOLAP İÇİ ALT-ÜST SINIR		°C		İLGİLİ BİRİM				
TAKİP PERİYODU		☐SAATTE BİR ☐GÜNDE BİR ☐ GÜNDE ☐ DİĞER:						
TARİH	SAAT		DOLAP İÇİ SICAKLIK		KONTROL EDENİN ADI SOYADI		İMZASI	
	08/16	16/08	08/16	16/08	08/16	16/08	08/16	16/08
01/...../20....								
02/...../20....								
03/...../20....								
04/...../20....								
05/...../20....								
06/...../20....								
07/...../20....								
08/...../20....								
09/...../20....								
10/...../20....								
11/...../20....								
12/...../20....								
13/...../20....								
14/...../20....								
15/...../20....								
16/...../20....								
17/...../20....								
18/...../20....								
19/...../20....								
20/...../20....								
21/...../20....								
22/...../20....								
23/...../20....								
24/...../20....								
25/...../20....								
26/...../20....								
27/...../20....								
28/...../20....								
29/...../20....								
30/...../20....								
31/...../20....								



1/1



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

HASTA BAŞI MONİTÖRÜ GÜNLÜK BAKIM VE KONTROL FORMU

DOKÜMAN KODU

MC.FR.02

YAYIN TARİHİ

02.10.2018

REVİZYON NO

00

REVİZYON TARİHİ

--

SAYFA NO

1/1

MARKASI:

MODELİ:

SERİ NO:

AY:

YAPILACAK KONTROLLER

- 1 Günlük bakım ve kontroller kullanıcı personel tarafından yapılacak.
- 2 Hasta kablosu, lead'lar ve diğer bağlantı hortum ve kablolarının hasarlı olup olmadığı kontrol edilecek.
- 3 Elektrotların son kullanım tarihleri kontrol edilecek.
- 4 Printerda kağıt olup olmadığı kontrol edilecek.
- 5 Pulse oksimetreli cihazlarda ara kablosu ve probu kontrol edilecek.
- 6 Tansiyon ölçüm aparatının hortum ve manşonları kontrol edilecek.
- 7 Her vaka sonrası elektrotlar alkol ya da sabunlu su ile temizlenecek.
- 8 Ekranda hata kodu uyarısı olup olmadığı kontrol edilecek.
- 9 Cihazın şarj durumu kontrol edilecek.
- 10 Yapılan kontrollerde görülen eksiklikler teknik servise bildirilecek.

TARİH

CİHAZIN DURUMU

KONTROLE EDEN

İMZA

01 / /

02 / /

03 / /

04 / /

05 / /

06 / /

07 / /

08 / /

09 / /

10 / /

11 / /

12 / /

13 / /

14 / /

15 / /

16 / /

17 / /

18 / /

19 / /

20 / /

21 / /

22 / /

23 / /

24 / /

25 / /

26 / /

27 / /

28 / /

29 / /

30 / /

31 / /



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

HASTA BAŞI PANELİ GÜNLÜK BAKIM VE KONTROL FORMU

DOKÜMAN KODU

MC.FR.04

YAYIN TARİHİ

02.10.2018

REVİZYON NO

00

REVİZYON TARİHİ

--

SAYFA NO

1/1

SERİ NO:

KLİNİK/ BÖLÜM:	AY:
YAPILACAK KONTROLLER	
1	Günlük bakım ve kontroller kullanıcı personel tarafından yapılacak.
2	Oksijen jakının kontrolü.
3	Flovmetre kontrolü
4	Basınçlı hava jakı ve regülatörünün kontrolü.
5	Vakum jakının kontrol
6	Vakum regülatörünün kontrolü
7	Elektrik prizlerinin kontrolü
8	Yapılan kontrollerde görülen eksiklikler teknik servise bildirilecektir.

TARİH	CİHAZIN DURUMU	KONTROL EDEN	İMZA
01 /...../.....			
02 /...../.....			
03 /...../.....			
04 /...../.....			
05 /...../.....			
06 /...../.....			
07 /...../.....			
08 /...../.....			
09 /...../.....			
10 /...../.....			
11 /...../.....			
12 /...../.....			
13 /...../.....			
14 /...../.....			
15 /...../.....			
16 /...../.....			
17 /...../.....			
18 /...../.....			
19 /...../.....			
20 /...../.....			
21 /...../.....			
22 /...../.....			
23 /...../.....			
24 /...../.....			
25 /...../.....			
26 /...../.....			
27 /...../.....			
28 /...../.....			
29 /...../.....			
30 /...../.....			
31 /...../.....			



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

YOĞUN BAKIMLAR HASTA BAŞI PANEL VE MONİTÖR
GÜNLÜK BAKIM KONTROL FORMU

DOKÜMAN KODU	MC.FR.03
YAYIN TARİHİ	01.01.2024
REVİZYON NO	00
REVİZYON TARİHİ	--
SAYFA NO	1/1

YOĞUN BAKIM :		AY:	SERİ NO:
1	Günlük bakım ve kontroller kullanıcı personel tarafından yapılacak.		
2	Oksijen jakının ve Flovmetrenin kontrolü.		
3	Basınçlı hava jakı ve regülatörünün kontrolü.		
4	Vakum jakının ve Vakum regülatörünün kontrolü		
5	Elektrik prizlerinin kontrolü		
6	Hasta kablosu, lead'lar ve diğer bağlantı hortum ve kablolarının hasarlı olup olmadığı kontrol edilecek.		
7	Elektrotların son kullanım tarihleri kontrol edilecek.		
8	Printerda kağıt olup olmadığı kontrol edilecek.		
9	Pulse oksimetreli cihazlarda ara kablosu ve probu kontrol edilecek.		
10	Tansiyon ölçüm aparatının hortum ve manşonları kontrol edilecek.		
11	Her vaka sonrası elektrotlar alkol ya da sabunlu su ile temizlenecek.		
12	Ekranda hata kodu uyarısı olup olmadığı kontrol edilecek.		
13	Cihazın şarj durumu kontrol edilecek.		
14	Yapılan kontrollerde görülen eksiklikler teknik servise bildirilecektir.		
TARİH	CİHAZIN DURUMU	KONTROL EDEN	İMZA
01 / /			
02 / /			
03 / /			
04 / /			
05 / /			
06 / /			
07 / /			
08 / /			
09 / /			
10 / /			
11 / /			
12 / /			
13 / /			
14 / /			
15 / /			
16 / /			
17 / /			
18 / /			
19 / /			
20 / /			
21 / /			
22 / /			
23 / /			
24 / /			
25 / /			
26 / /			
27 / /			
28 / /			
29 / /			
30 / /			
31 / /			



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

DEFİBRİLATÖR GÜNLÜK BAKIM VE KONTROL FORMU

DOKÜMAN KODU	MC.FR.04
YAYIN TARİHİ	02.10.2018
REVİZYON NO	00
REVİZYON TARİHİ	--
SAYFA NO	1/1

MARKASI:	MODELİ:	SERİNO:	AY:
YAPILACAK KONTROLLER			
1	Günlük bakım ve kontroller kullanıcı personel tarafından yapılacak.		
2	Hasta kablosu, lead'lar ve pedalların hasarlı olup olmadığı kontrol edilecek.		
3	Cihazın fiziki durumu ve mekanik bağlantıları kontrol edilecek.		
4	Disposable kağıt olup olmadığı ve Printerda kağıt olup olmadığı kontrol edilecek.		
5	Pulse oksimetrelci cihazlarda ara kablosu ve probu kontrol edilecek.		
6	Haftada 1 otomatik kalibrasyon testleri yapılacak.		
7	Her vaka sonrası kaşıklarının tutma sapını isopropil alkol ya da sabunlu su ile temizlenecek.		
8	Ekranında hata kodu uyarısı olup olmadığı kontrol edilecek.		
9	Cihazın şarj durumu kontrol edilecek.Yazıcı testleri ve çalışabilir testleri yapılacak		
10	Yapılan kontrollerde görülen eksiklikler teknik servise bildirilecek.		
TARİH	CİHAZIN DURUMU	KONTROLE DEN	İMZA
01 /...../.....			
02 /...../.....			
03 /...../.....			
04 /...../.....			
05 /...../.....			
06 /...../.....			
07 /...../.....			
08 /...../.....			
09 /...../.....			
10 /...../.....			
11 /...../.....			
12 /...../.....			
13 /...../.....			
14 /...../.....			
15 /...../.....			
16 /...../.....			
17 /...../.....			
18 /...../.....			
19 /...../.....			
20 /...../.....			
21 /...../.....			
22 /...../.....			
23 /...../.....			
24 /...../.....			
25 /...../.....			
26 /...../.....			
27 /...../.....			
28 /...../.....			
29 /...../.....			
30 /...../.....			
31 /...../.....			

YB –SERVİS TEMİZLİK KONTROL FORMU

Modül Listesi



Yoğun Bakım



Hemşirelik



İndikatör

Hastane Duyuruları



TÖM KULLANICILARIN DİKKATİNE:!!! MİKROBİYOLOJİ LAB. ÇALIŞILMAKTA OLAN QUANTİFERON ANTİJEN TESTİ İÇİN NUMUNE KABULLERİ BELİRLİ GÜNLERDE YAPILACAKTIR. SADECE PAZARTESİ VE SALI GÜNLERİ LAB. ULAŞTIRILAN HASTA NUMUNELERİ ÇALIŞILMAK ÜZERE LAB. KABUL EDİLECEKTİR. DİĞER GÜNLERDE HEM HASTA YARARINA HEM DE KAMU YARARI ADINA NUMUNE GÖNDERİLMEMESİ RİCA OLUNUR.

HAKAN SART
19 Şubat 2025 Çarşamba

TEŞEKKÜR EDERİZ...

*Teşekkür
Ederiz..*

