



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

**SKS 6.1
HASTA GÜVENLİĞİ**

KALİTE YÖNETİM BİRİMİ

Dr. Sinem BAĞCI ÇELİK

VİZYON

►Eğitim, araştırma ve uygulamada çağdaş yönelimli, ulusal ve uluslararası düzlemde bilimin gelişimine katkıda bulunan, insanlığın ortak geleceği olan tıbbı yönelik çalışmalarla ülkemizdeki önderlik konumunu geliştiren, tıbbın diğer bilimlerle işbirliğini ön planda tutan, toplum sağlığını korumaya ve iyileştirmeye çalışan, öğrenci merkezli eğitim ile öğrencilerine ve hekimlerine bilim insanı ve entelektüel özellik kazandıran, Türkiye ve Dünya’da referans noktası olmayı hedefleyen bir fakülte olmaktır.

MİSYON

► Hekimlik sanatında üst düzeyde bilgi birikimine ve beceriye sahip, etik ve ahlaki değerler yönünden bilinçli, mesleki platformda yetkin ve başarılı, bilgiye ulaşma yollarını bilen ve gelişmeleri takip eden, ekip çalışmasını benimsemiş ve liderlik özelliklerini kazanmış hekimler yetiştirmek, evrensel ilkeler doğrultusunda kaliteli eğitim verebilen, rol model özelliğini koruyan, bilimsel araştırmaları ile ulusal ve uluslararası alanda kendisini kabul ettirmiş akademisyenlerin yetişmesini sağlamak, koruyucu hekimliği ve toplum sağlığını korumayı ilkesi haline getirmiş sağlık hizmeti sunmaktır.

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

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

SKS Hastane

Boyut

Bölüm

Standart

Değerlendirme Ölçütü

Şekil 4. SKS Hastane Yapısı

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 semalandırılmış 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.

SAĞLIKTA HİZMET KALİTE STANDARTLARI İLE İLGİLİ TÜM DÖKÜMANLARA

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



BİRİMLERİMİZ



KALİTE BİRİMİ



DÖKÜMANLAR



DÖKÜMAN YÖNETİMİ

- ▶ Formlar
- ▶ Onamlar
- ▶ Listeler
- ▶ Prosedürler
- ▶ Talimatlar
- ▶ Rehberler
- ▶ Planlar
- ▶ Yardımcı
Dökümanlar

Dökümanlar revize edilip tekrar yüklenmiştir,

Güncel formların kullanılması,

Meram ibaresi bulunan formların tüketilip yeni formlara geçilmesi, gerekmektedir,

Web sitemizden bütün dökümanlarımıza ulaşabilirsiniz.

**KURUMSAL
HİZMETLER**

**HASTA VE
ÇALIŞAN
ODAKLI
HİZMETLER**

**SAĞLIK
HİZMETLERİ**

**DESTEK
HİZMETLER**

**GÖSTERGE
YÖNETİMİ**

HASTA VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ

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 Güvenliğı Günü

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



Ulusal Hasta Güvenliği Hedeflerimiz



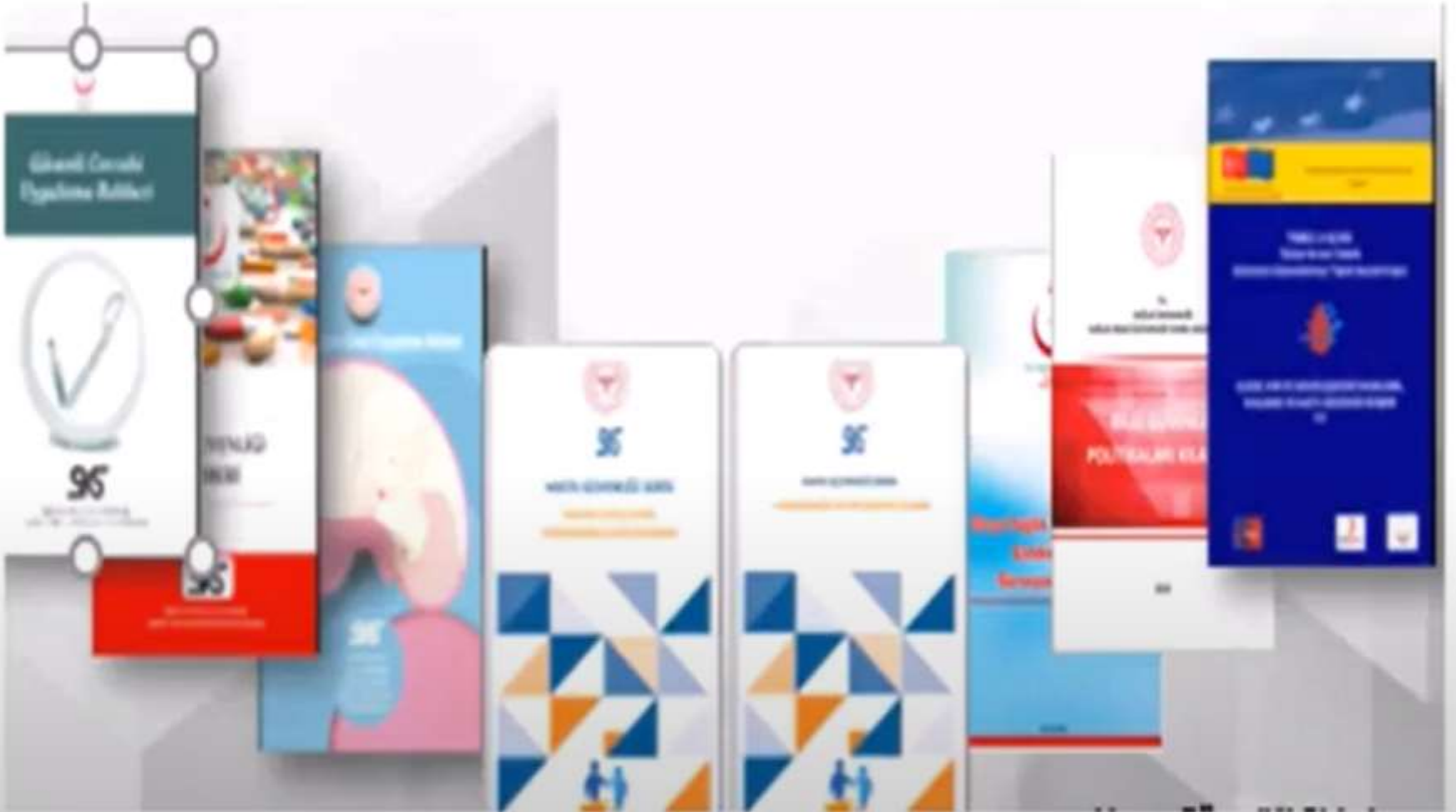
- Güvenli Cerrahi
- Güvenli Doğum
- Radyasyon Güvenliği
- Hasta Düşmelerinin Önlenmesi
- Bilgi Güvenliği
- Malzeme ve Cihaz Güvenliği
- Tesis Güvenliği
- Hastaların Doğru Tanımlanması

- Hastaların Güvenli Transferi
- Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyonlarla Mücadele
- İlaç Güvenliği
- Kan Güvenliği ve Yönetimi
- Yenidoğan Güvenliği
- Basınç Yaralarının Önlenmesi
- Havayolu Güvenliği
- Hasta ve Hasta Yakını Katılımı
- Hatalardan Öğrenme

- Teşhiste Hasta Güvenliği
- Nazogastrik Tüp ve Hasta Güvenliği
- Yaşlı Hastalarda Postoperatif Deliriumla Mücadele
- Venöz Tromboemboli ile Mücadele

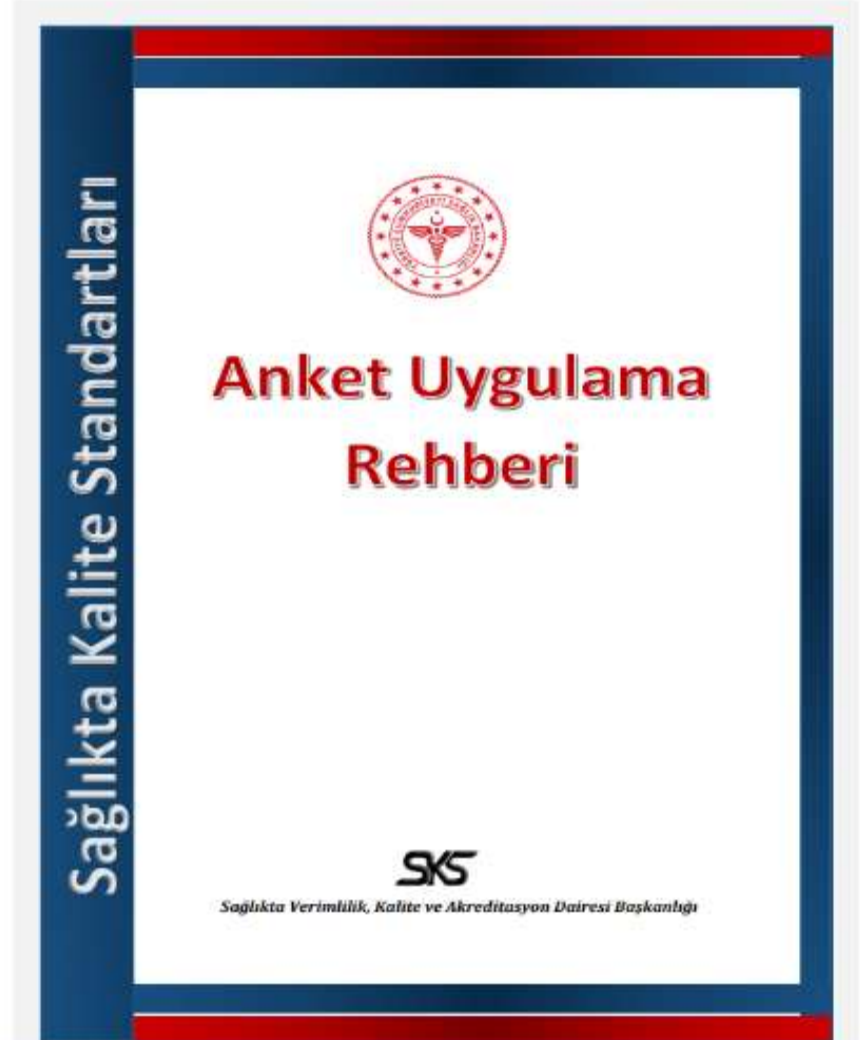


HASTA GÜVENLİĞİ İLE İLGİLİ FAALİYETLER



SKS Rehberleri

Güncelleme Tarihi 24 Haziran 2024





T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

Sağlıkta Kalite Standartları

Hastane Risk Yönetimi Rehberi



Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı
Ankara, 2022

SKS Hastane Risk Yönetimi Rehberi



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)

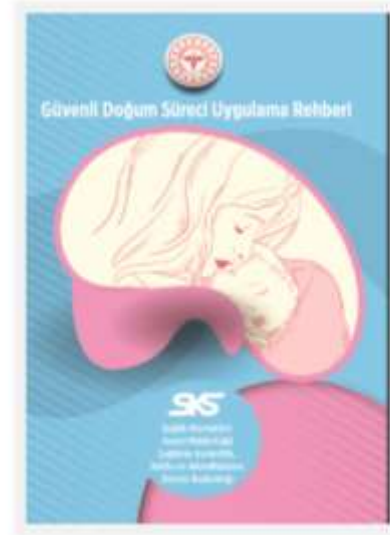
Rehberi için tıklayınız.



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

[illegible]

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.



Tıbbi hataların önlenmesi mümkündür.

Büyük bir kaza olmadan önce yaklaşık olarak 300 kez benzer bir hatanın fazla dikkat çekmeden gerçekleştiği bilinmektedir.

Yanlış uygulamaları izlemek, saptamak, görünen ve görünmeyen nedenlerine inmek gereklidir

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

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.



D.Tarihi: 10.09.1978

245265896

TUNCAY ÇUKUROVA

GENEL CERRAHI



D.Tarihi: 10.09.1978

245265896

TUNCAY ÇUKUROVA

GENEL CERRAHI

Ad Soyad:

TCNÖDÖN:

Am. San. Dö:

00322

Ad Soyad:

TCNÖDÖN:

Am. San. Dö:

00322

Ad Soyad:

TCNÖDÖN:

Am. San. Dö:

00321

Ad Soyad:

TCNÖDÖN:

Am. San. Dö:

00321

- 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 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.

Hasta Kimliğini Doğrulamada Yapılan İhmaller:

İlaç hatalarına

Transfüzyon hatalarına

Test hatalarına

Bebeklerin yanlış aile verilmesi

gibi, sonuçlara neden olmaktadır.

EVET ÇOCUKLAR, BU
DERS METİN ÜZERİNDE
ÇALIŞMALAR YAPICAZ!

HOCAM
AYIP OLUYOR AMA
HERKESİN
İÇİNDE!

METİN,
OTUR EVLADIM
YERİNE!!



Bacağınız k ngren
olmuştu. Kesip atmamız
gerekliyordu.

Ama biz alternatif
tıpçılar olduğumuz
için, gövdenizi
kesip attık.

Başka
alternatif
yoktu. Ya
o, ya o...



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 edildiğinizde 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. ➤ **OZLEM YURTCU 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 dokuyor sanıp ona göre tedavi veriyor. Daha sonra hasta bu kez vücudunda morluklarla gidiyor. Doktor bu kez, eşi 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.

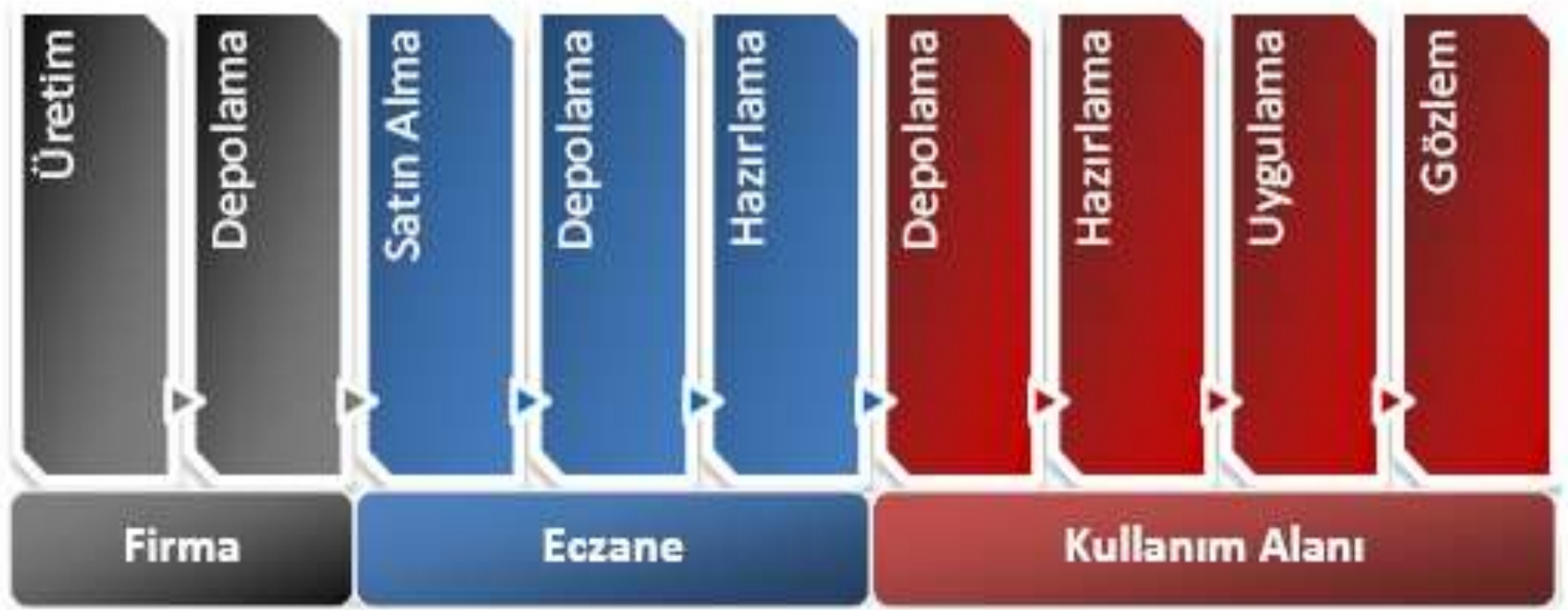
Onaylayanın
Adı – Soyadı :
Tarih :
İmzası :
Saat :

3) İLAÇ GÜVENLİĞİNİN SAĞLANMASI

İlaç Güvenliği

İlaç Güvenliğinin Kapsamı

İlacın bulunduğu her alan ve ilaçla ilgili sorun yaşanan her işlem ilaç güvenliği kapsamında yer almaktadır.



SORUMLULAR

*Doktorlar / Hemşireler / Eczacılar ve eczane çalışanları,
Hasta bakıcılar / Depo görevlileri / Farmakovijilans sorumlusu*

İlaç Güvenliği

Güvenli ilaç listeleri

•**Benzer ilaçlar**

İsimleri / Ambalajları / Kullanım birimleri (mg, IU vb) yazılışı ve okunuşu birbirine benzer ilaçların aynı ya da yakın raflarda saklanması da hata riskini arttırır

•**Birbirleri ile etkileşen ilaçlar**

•**Eşdeğer ilaçlar**

•**Pediyatrik ilaç dozları**

•**İşıktan korunması gereken ilaçlar**

•**Yüksek riskli ilaçlar**

Bu ilaç listeleri;
ilaçların bulunduğu yerde gözönünde
bulundurulmalıdır

İlaçların Saklanması

•**İşıktan korunması gereken**

•**Buzdolabında saklanması gereken**

İlaçların saklandığı tüm ortamlar
“Isı-Nem Takip Formu”
ile kayıt altına alınır.

Aksi belirtilmediği takdirde tüm ilaç ve malzemelerin oda sıcaklığında (ortalama 25 C) ve % 40-% 60 nem düzeyinde tutulduğu ortamlarda saklanması tercih edilir

İlaç Güvenliği

DOĞRU

Hasta
Yol
Zaman
İlaç
Doz
Form
Etki
Kayıt
Yanıt
Yan (taraf)

Tedavi defteri

Oda no: 4615
Engin Durukan

Parol tb. 3x1 (p.o)
06 14 22

Novosef 1 gr.Flκ. 2x1
(i.m)
10 22

%5 dextroz 100 cc.
(i.v.inf.)
1 saatte 10

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
anestezik, antienfektan, 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, antikoaglan
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	
AMİJEKSİN		AMOKLAVİN	
ANAFRANİL		TOFRANİL	
ANEXATE		AGGRASTAT	
BACTRİM		BACTROBAN	
BELOC		BREVIBLOC	
BITAZOL		ANDAZOL	
BITERAL		DIDERAL	
CALCIUM FOLINAT		CALCIUM PICKEN	
DIAZEM		DIAZOMİD	
EQICEFT		EQİZOLİN	
CITOL		CITOLES	
CUBİTAN		CUBICİN	
DEKSTRAN		DEKSTROZ	
SANDOSTATİN LAR		SANDOSTATİN	
TRACRİUM		TRACUTİL	
DIAMICRON		DIAFORMİN	
OSMOLAK		OSMOLİTE	
DIPROSPAN		BUSCOPAN	
DOPAMİN		DOBUTAMİN	
DOXORUBICİN		EPIRUBICİN	
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		HEPATAMINE	
HERCEPTİN		HYCAMTİN	
HOLOXAN		ENDOXAN	
HUMULİN		HUMAN ALBUMİN	
IESİLLİNE		IESEF	

İlaç Güvenliğinin Sağlanması-4

Yüksek riskli ilaçlar listesi belirlenmelidir.

Diğer ilaçlarla karışmasını önleyecek şekilde depolanmalıdır.

Eczanede renkli işaretleme işlemine tabi tutulmalıdır.



ADVERS etki görüldüğünde;

*Advers etki uygun doz ve kullanımda görülen
beklenmeyen etki /yan etki*

İlaçların yol açabileceği zararın en az düzeye indirilmesi, gerekli tedbirlerin alınması ve ilaçların güvenli şekilde kullanılmalarının sağlanması amacıyla advers etkiler sistematik bir şekilde izlenmekte ve kayıt altına alınarak

TÜFAM'a (Türkiye Farmakovijilans Merkezi)

Bildirilmektedir

Hastanemizde advers etki görüldüğünde;

Advers etki bildirim formu doldurularak

Hastanemiz Farmakovijilans Sorumlusu

Dr. Öğrt. Üyesi Durmuş Ali Arslanlar
bildirilmelidir.



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 ☐ Kadın ☐ Erkek	4. Boy: _____ cm	5. Ağırlık: _____ kg
	Gün	Ay	Yıl				

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 Şüpheli Ediliyor ise, Lütfen Şüpheli Edilen 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
DIGOXİN AMP
DOBUTAMİN FLK
DOPAMİN AMP
ETOPOSİD 100MG
ELOXATİN 100MG
ENDOXAN
ESMERON

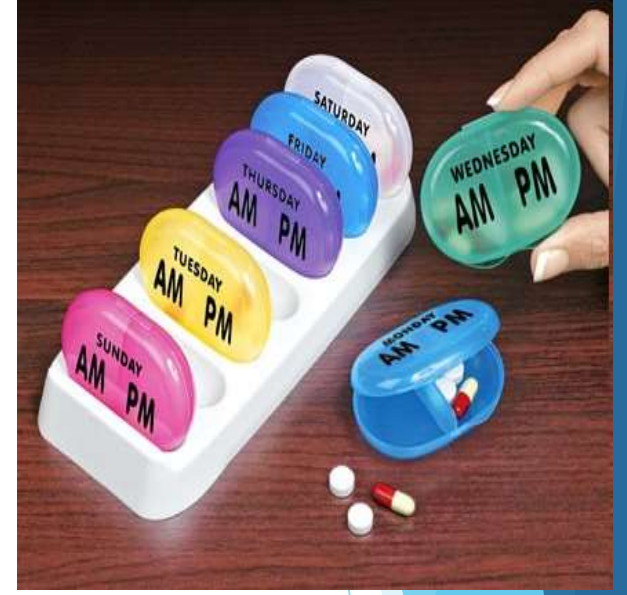
FLUOROURASİL 1 GR
DARABİN
GEMKO 1000
HOLOXAN 2 GR
HUMALOG 100
HUMALOG MİX 25
HUMULİN NPH
HUMULİN R
HUMULİN M 70-30
İDAMEN 10 MG
JEVTANA
JETMONAL %2
JETMONAL %10
JETOCAİN SİMPLEX
LANTUS SOLOSTAR
LEVEMİR FLEXPEN
MAGNEZYUM SULFAT AMP
METHOTREXATE 50 MG
METHOTREXATE 500MG
MİTOXANTRON 20 MG
MORFİN AMP
MEPOLEX 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,
 - İlacı kimin uyguladığı,
 - Kime kaç adet ilaç teslim edildiği,
 - Teslim alan ve teslim edenlerin imzaları ve hekimin kaşesi bulunmalıdır.





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:

☐ KONUSU 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.
NECMEETTİN 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 yetersizliği
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; santral konusmuş 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 Dissemine 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

- Kan, transfüzyon öncesi oda ısısında en fazla 30 dakika bekletilir.
- Taze donmuş plazma eritildikten sonra dondurulmaz ve en geç 1 saat içinde kullanılır.
- Kan takılmadan önce hastanın vital bulguları ölçülür.
- İlk 10-15 dakika süresince akış hızı yavaş olmalıdır, doktorun belirlediği dozun yarısı kadar.
- Transfüzyonun ilk 15 dakikası sağlık çalışanı tarafından gözlenir.
- Reaksiyon 15 dakika içinde gelişmedi ise hastanın durumuna ve hekim önerisine göre verilecek miktar ve hızı ayarlanır.
- Transfüzyon boyunca her 30 dakikada bir hastanın vital bulguları izlenir.
- Transfüzyon bittikten 1 saat sonra vital bulgu takibi yapılmalıdır.

- Tam kan veya eritrosit süspansiyonu maksimum 4 saatte gider. 4 saatten sonrasında mikroorganizmaların üremesi söz konusudur.
- Kan transfüzyonu reaksiyonunun genel belirtileri titreme, ateş, terleme, ürtiker, taşikardi, dispne, bulantı, kusma, göğüs ağrısı, hipotansiyon, baş dönmesi, kanın verildiği ven boyunca kızarıklık ve yanmadır. Müdahale edilmezse ileri evrede larenks ödemi, bronşial astım ve anafilaktik şok gelişebilir.
- Olası reaksiyonlar için acil arabası/tepsisi hazır bulundurulur.
- Reaksiyona ait belirtiler görüldüğünde transfüzyon işlemi sonlandırılır. Hekim ve hemovijilans hemşiresine bildirilir.

**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.

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

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

İTAKİ II DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ

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
	70-79							2	2	2	2	2
	80 ve üstü							3	3	3	3	3
BİLİNÇ DURUMU	Bilinç kapalı.							1	1	1	1	1
	Bilinç bozukluğu var (Konfüze, laterjik vb.)							2	2	2	2	2
DÜŞME HİKAYESİ	Son 6 ay içerisinde düşme öyküsü var.							3	3	3	3	3
HASTALIKLAR/KOMORBİDİTELER	Hastalıklardan en fazla ikisi bulunmaktadır.						1	1	1	1	1	
(Hipotansiyon, vertigo, serebrovasküler hastalık, parkinson hastalığı, uzuv kaybı, nöbet, artrit, osteoporoz, kırıklar)	Hastalıklardan 3 ve daha fazlası bulunmaktadır.						2	2	2	2	2	
HAREKET KABİLİYETİ	Ayakta/yürürken fiziksel desteğe (yürüteç, koltuk değneği, kişi desteği vb.) ihtiyacı var.						5	5	5	5	5	
	Ayakta/yürürken denge bozukluğu var.						10	10	10	10	10	
	Baş dönmesi var.						2	2	2	2	2	
BOŞALTIM İHTİYACI	Üriner/Fekal kontinans bozukluğu var.						1	1	1	1	1	
GÖRME DURUMU	Görme bozukluğu var (Katarakt, gözlük kullanımı vb.)						2	2	2	2	2	
	İleri derecede görme engeli var.						10	10	10	10	10	
İLAÇ KULLANIMI	4'den fazla ilaç kullanımı var.						2	2	2	2	2	
	Son 1 hafta içinde riskli en çok 2 ilaç kullanımı var.						2	2	2	2	2	
	Son 1 hafta içinde riskli 3 ve daha fazla ilaç kullanımı var.						3	3	3	3	3	
EKİPMAN KULLANIMI	Hastaya bağlı 1-2 bakım ekipmanı var.						1	1	1	1	1	
(Hastanın hareketini kısıtlayan herhangi bir ekipman. Örn: IV infüzyon, foley katater, göğüs tüpü vb.)	Hastaya bağlı 3 ve üstü bakım ekipmanı var.						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 infüzyon, Solunum Cihazı, Kalıcı kateter, Dren, Perfüzör, Pacemaker vb.)										
YÜRÜME VE DENGİ	Ayakta/yürürken fiziksel desteğe ihtiyacı var.					10	10	10	10	10
(Yürüteç, 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.



İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM SİSTEMİ

(Güvenlik Raporlama Sistemi)

Doğru No / T.C. No
Raporlama No
Raporlama Tarihi

Elektronik Dosya
Sorgula
Otomatik Soruç Yükle
Raporlar
Sonuçlar
Bölümü

Form Göster

Personel Kodu: 99999
OLAY BİLDİRİM
Sıra No: 191
Ana Form: Ana Form-3

HASTA GÜVENLİĞİ

Günlük Talebi Var mı? ☐ Evet ☐ Hayır İse Çekilip Birim

Birinci Bölüm : Olayın Konusu

☐ Saç Güvenliği	☐ Güvenli Hasta Teslimi
☐ Transfüzyon Güvenliği	☐ Enfeksiyonların Önlenmesi
☐ Cerrahi Güvenliği	☐ Hasta Kimliklendirilmesi
☐ Radyasyon Güvenliği	☐ Hasta Transferi
☐ Bilgi Güvenliği	☐ Öğeme
☐ Tesis Güvenliği	☐ Tıbbi Çamaşır-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 : Olayın Anlatımı
Dördüncü Bölüm : Varsa Gözle ve Önerileriniz Yazınız

Kayıt Veri Zaman Raporla Temizle Güncelle Çıkış

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.**

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



7)GÜVENLİ CERRAHİ UYGULAMALARI

Güvenli Cerrahi

Hasta doğrulaması

Hasta servisten ayrılmadan önceki form

Ameliyathanedeki form

Anestezi formu

Taraf işaretlemesi

Tahlillerin anormal değeri



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	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.	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	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	Liste Sorumlusu : Ad-Soyad, İmza	Liste Sorumlusu : Ad-Soyad, İmza	Liste Sorumlusu : Ad-Soyad, İmza

- Taraf işaretlemesi için cerrahi taraf işaretleme 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,

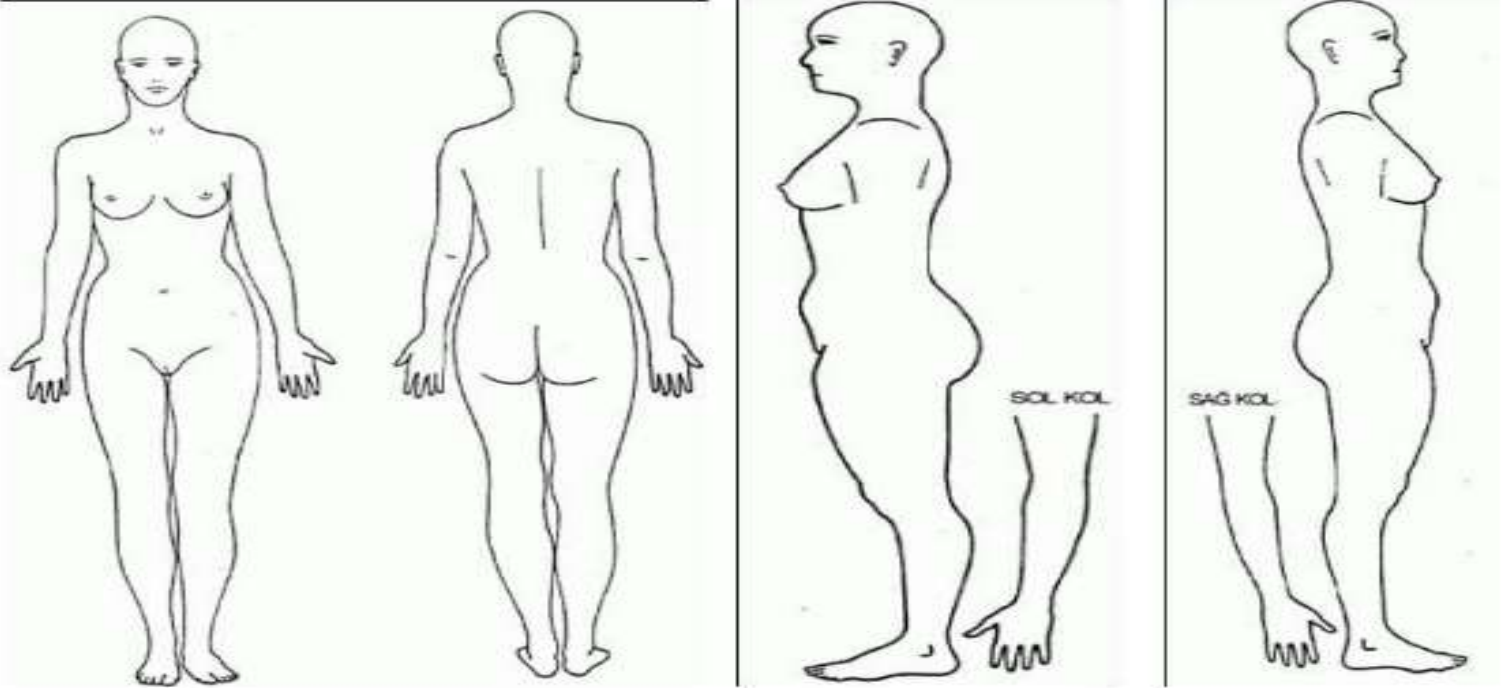


T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

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



Hastanemiz Radyasyondan Korunma Sorumlusu
Arif KÜLCÜ

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.

Hasta ve yakınlarının radyasyondan korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.

- Hasta ve yakınları için radyasyon koruyucular kullanılmalı,
- Farklı ebatlarda radyasyon koruyucular bulunmalıdır.
- **Gebe ve gebelik şüphesi olanlar radyasyon güvenliği konusunda bilgilendirilmelidir.**



Radyasyon Yayan Cihazların Bulunduğu Alanlar:

Görüntüleme hizmetlerinin sunulduğu bölümler, Nükleer Tıp, ESWL üniteleri, radyoterapi üniteleri, kateter anjiyografi laboratuvarı, ağız ve diş sağlığı bölümlerinin görüntüleme birimleri ameliyathanede skopi ile işlem yapılan alanlardır.

Bu alanların tümünde radyasyon güvenlik önlemleri alınmalıdır.

Radyasyon Uyarı Levhaları:

Radyasyon yayan cihazların bulunduğu alanların girişinde ve radyasyonlu alanlarda uyarı amacı ile kullanılan temel radyasyon simgeleri ve radyasyona maruz kalma tehlikesini anlaşılabilir şekilde gösteren simge ve renkleri taşıyan işaretlerdir.

Kurşun Koruyucular:

Radyasyonlu alanlarda; hastaların, hasta yakınlarının ve çalışanların radyasyondan korunmasına yönelik kullanılan;

- **Kurşun önlük,**
- **Kurşun gözlük,**
- **Kurşun eldiven,**
- **Tiroid koruyucu,**
- **Koruyucu paravan gibi ekipmandır.**



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, duyusal ve sosyal yeteneklerini çeşitli derecelerde kaybetmesi nedeniyle toplumsal yaşama uyum sağlama ve günlük gereksinimlerini karşılamada güçlük çekmesi ve bu nedenle farklı alanlarda desteğıe ihtiyaç duyması ise **engellilik** olarak tanımlanmaktadır.

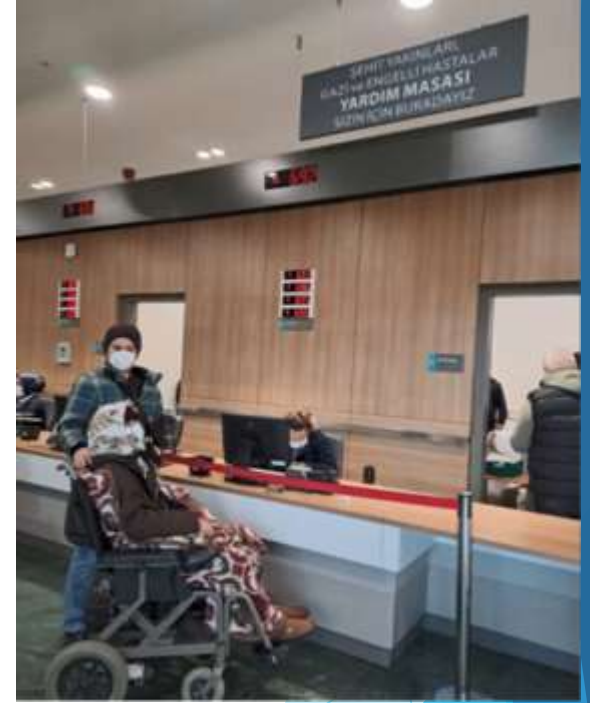
- Engelli bireyler toplumun vazgeçilmez bir parçasıdır. Engeli bireyler taşıdıkları özellikler nedeniyle toplumun geneline göre bazı hizmetlere ve imkanlara erişim konusunda toplumun dezavantajlı gruplarındanndır. Bu durum, genel nüfusa göre yoksulluk ve sosyal dışlanma riski yüksek olan engelli bireylerin toplumun gerisinde kalmasını azaltıcı uygulamalar ile engelli bireylerin yaşamını idame ettirebilmelerini kolaylaştırıcı yönde bazı düzenlemelerin yapılmasını zaruri kılmaktadır.



- 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 “Özürli 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 tŸrlŸ engel grubunu kapsayacak **yazılı, sesli ve gŸrsel yŸnlendirme**, gŸrme engelli bireyler için **takip izi**, fiziksel engelli bireyler için gerekli yerlerde **tutunma barları**, **otopark vb.** imkanların sağlanmasına yer verilmektedir.



- Bu imkan ve hizmetlerle hastanelerde en az yardıma ihtiyaç duyarak bağımsız bir şekilde işlerini gerçekleştirebilen engelli bireyler ise topluma karışmış olurlar.
- Engelli bireylere ilişkin sağlık hizmetleri konusunda ilgili personellere hizmet içi eğitimler verilmesi ve eğitimlerin sürekliliğinin sağlanması da Genelge kapsamına alınmış olup eğitimler personellerin engelli çalışma arkadaşlarına ve sağlık hizmetinden faydalanan bireylere yönelik empatik iletişim geliştirmelerini sağlamaktadır.

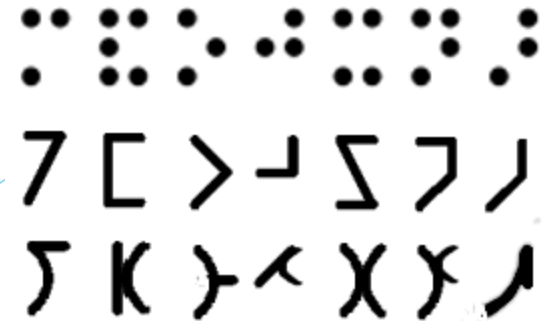
- Engellilere yönelik pozitif ayrımcılık, uzun vadede engelli bireylerin toplumun gerisinde kalmasını engeller. Toplumdaki diğer kişiler ile eşit koşullarda yaşamadığı düşünülen belli gruplara çeşitli ayrıcalıklar tanıyarak onları desteklemek pozitif ayrımcılıktır ve toplumun gerisinde kalan bireylere tanınan haklar eşitlik ilkesine aykırı yorumlanamaz.

- 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.



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	:

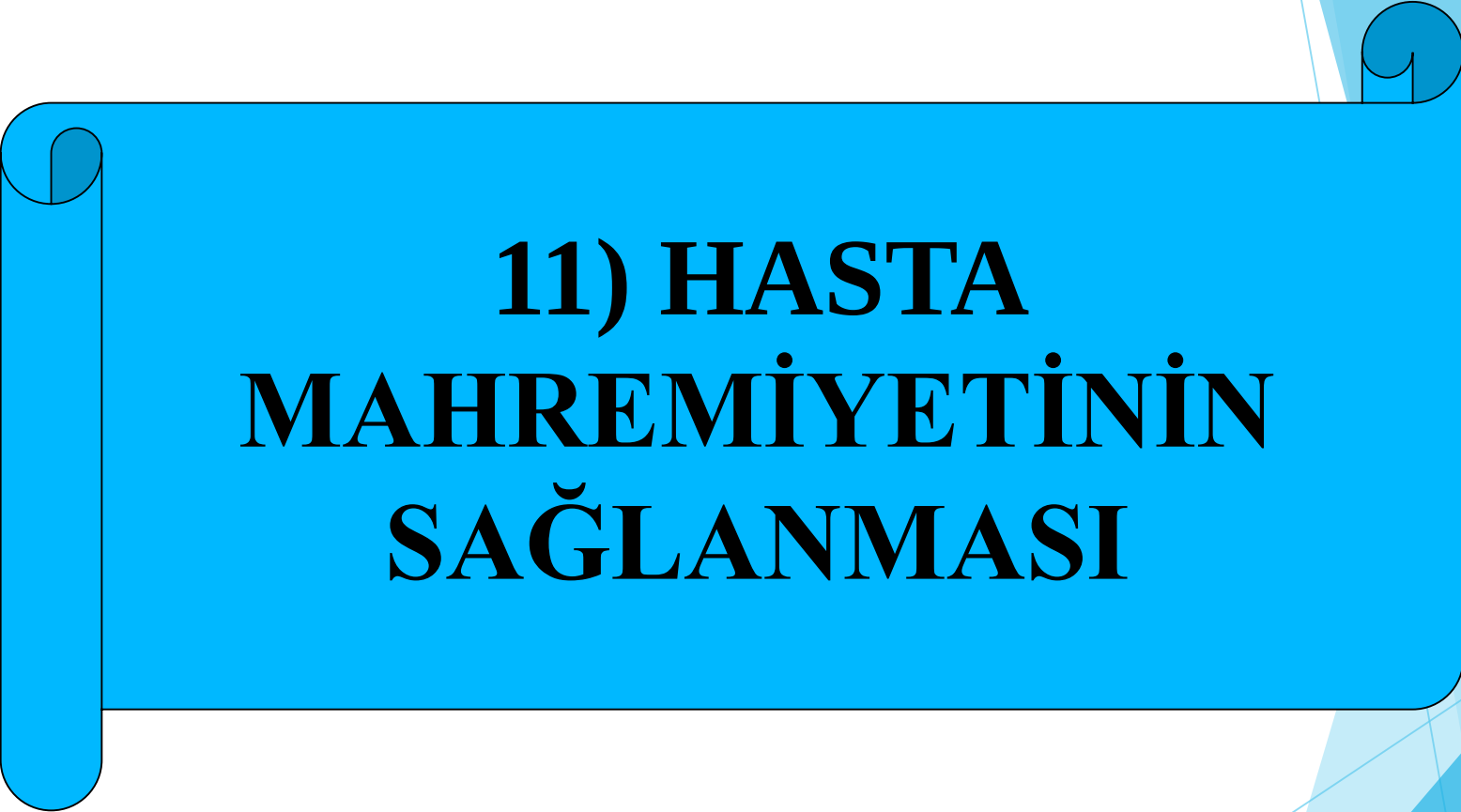
Hasta Başı Test Cihazları (HBTC):

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.

A blue scroll graphic with a black outline, featuring a rolled-up end on the left and a small circular detail on the top 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

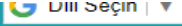
- Hastanın bedeni üzerinden yapılan tüm uygulamalarda (ameliyat, girişim, görüntüleme gb.) özel mahremiyet bölgesinin açılmasını gerektiren durumlarda hasta mahremiyetine saygı önemlidir.
- Tıbben bölgenin hazırlanması gereken durumlarda, olması gereken görevliler dışındakiler bu ortamda bulunmamalıdır.

Kayıtsız bilgi mahremiyeti

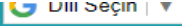
- Hastanın bize vermiş olduğu tıbbi öykü ve diğer konuşmaların hasta ve hekimin izini olmayan üçüncü kişiler tarafından duyulması engellenir.
- Hastanın tıbbi bilgilerinin başka kişilere aktarılması durumlarında gizlilik ilkesi korunarak gerekli özen gösterilir.
- Hastanemizi tüm çalışanları hastalarımıza 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 diğer ortamlara taşımamak (başka kurumlar, 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.

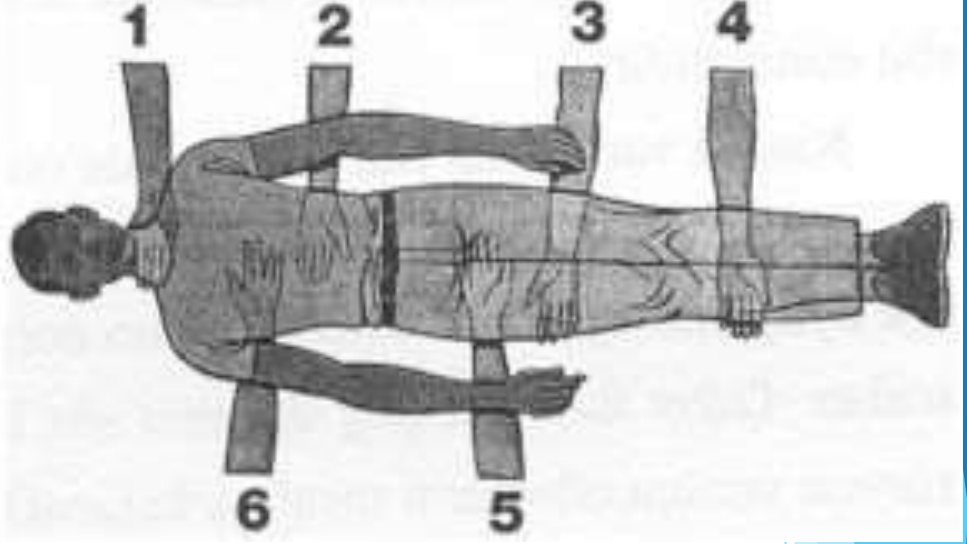
Hasta transferi esnasında hastaların olası zararlardan korunması ve hata olasılığını ortadan kaldırmak amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlardaki çalışanlar tarafından “hasta güvenliği” kapsamında, SKS setlerinde yer alan konu ile ilgili standartlara ve uluslararası literatürde yer alan bazı kaynaklara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

[İlgili Standartlar ve Göstergeler](#)

[Yararlanılabilecek Kaynaklar](#)

[Kontrol Listesi](#)

Hasta Taşıma ve Kaldırma Yöntemleri:



Yön değiştirirken ani dönme ve bükülmelerden kaçınılmalıdır.

Hasta mümkün olduğunca az hareket ettirilmelidir.

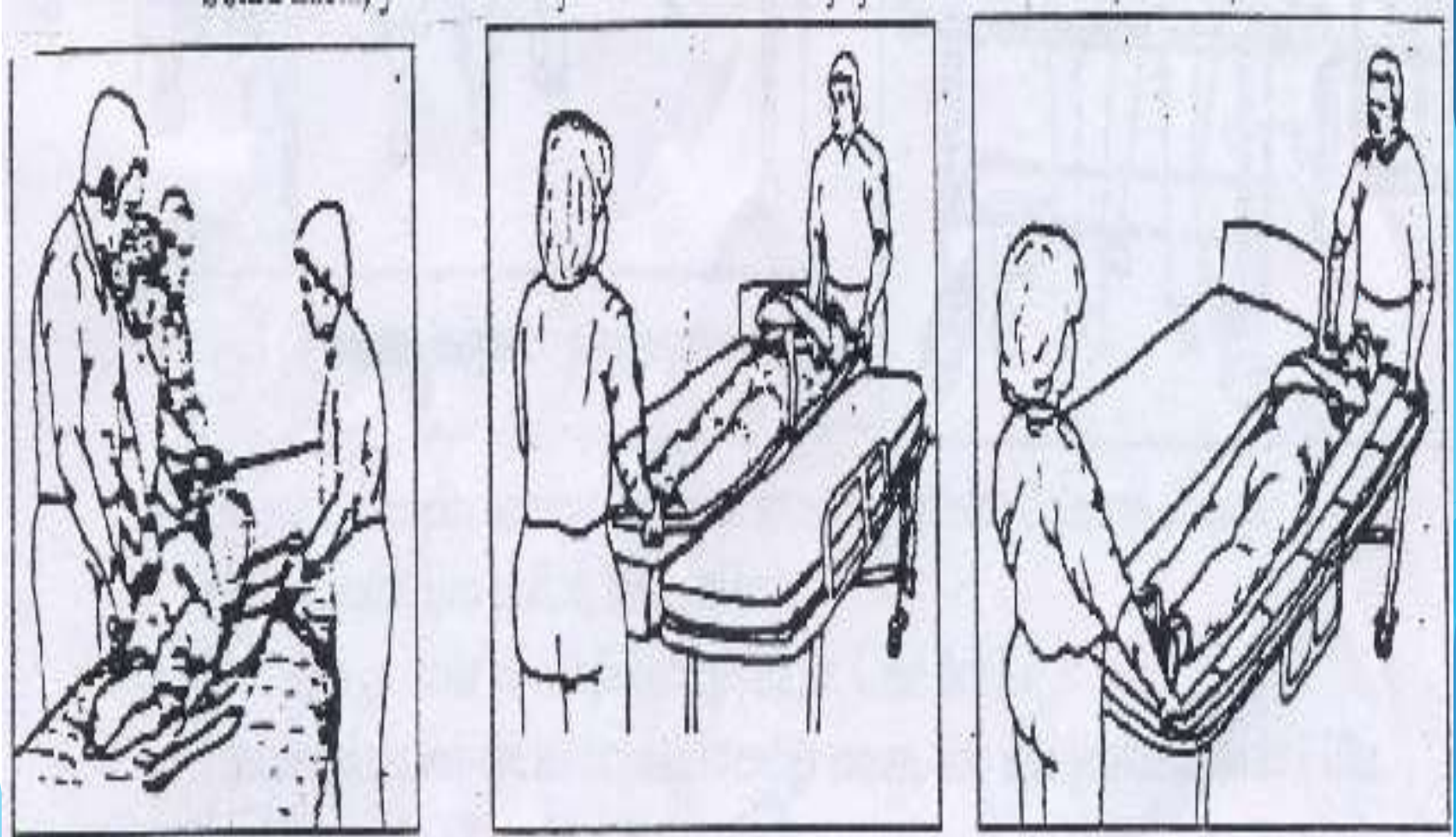
Hasta baş-boyun-gövde eksenini esas alınarak en az

6 destek noktasından kavranmalıdır.

Yataktan Sedyeye / Sedyeden Yatağa Alınması

Sedye yatağa paralel olarak yerleştirilir.

Hasta sedyeye yavaş hareketlerle çarşaf ile aktarılır.



- Hasta tetkik ve tedavi nedeni ile bulunduğu servis dışına çıkacak ise sağlık çalışanı eşliğinde götürülür.
- Doğru hastanın transferinin sağlanmasında Hasta kimlik Tanımlanması'na dikkat edilir.
- Taşıma sırasında hasta sürekli gözlenir.
- Transferden önce bakımın devamını sağlayacak cihaz ve aletlerin kullanılabilirliği kontrol edilir.
- Hasta Taşıma–Kaldırma Kuralları "Hasta Transferi Talimatı"na göre uygulanır.

(Doktor, hemşire, personel)

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



Enfeksiyonların Önlenmesi

AMAÇ

- Sağlık hizmetleri ile ilişkili olarak gelişen enfeksiyon hastalıklarının önlenmesi,
- Problemlili bölümlerin saptanması,
- Salgınların zamanında tespit edilip kontrol altına alınması;
- Bölümlere göre hastane enfeksiyon oranlarının tespit edilerek ilgili birimlere ait kontrol tedbirlerinin oluşturulması,

Enfeksiyonların Önlenmesi

Enfeksiyonların önlenmesine yönelik 'Enfeksiyon Kontrol Komitesi' oluşturulmalıdır.

- o Sağlık hizmeti süreçlerinin enfeksiyon riski açısından değerlendirilmesi
- o Sürveyans
- o El hijyeni
- o İzolasyon önlemleri
- o Akılcı antibiyotik kullanımı
- o Temizlik, dezenfeksiyon, sterilizasyon, asepsi, antisepsi
- o Çalışanların mesleki enfeksiyonu
- o Tesis kaynaklı çalışmalarda enfeksiyonların önlenmesi
- o Olağanüstü durumlara (salgın, nadir görülen enfeksiyonlar gibi) yönelik planlamaların yapılması
- o Çamaşırhane, morg, atık yönetimi ve havalandırma sistemleri gibi destek hizmetlerinde enfeksiyonların önlenmesi
- o Yemek hizmetleri ile ilgili tüm süreçlerde gıda güvenliğinin sağlanması

Enfeksiyon Kontrol Programı

- ▶ Enfeksiyon kontrol komitesi;
 - ▶ Bilimsel esaslar çerçevesinde, ulusal e uluslar arası klavuz ve belgeleri dikkate alarak; yataklı tedavi kurumunun özellikleri ve şartlarına uygun olarak bir enfeksiyon kontrol programı belirler, enfeksiyon kontrol standartlarını talimatlar çerçevesinde yazılı hale getirir.
 - ▶ Hastanede çalışan tüm personele, bu standartları uygulayabilmeleri için rutin ve planlı takvim dahilinde eğitim verilmesini sağlar ve denetler.
 - ▶ Yılda en az 3 kez ve gerekli görüldüğü durumlarda toplantı yaparak, programı dahilinde hizmet ve çalışmaların düzenli yürütülüp yürütülmediğini, varsa sorunların nedenlerini ve çözüm yollarını araştırır. Toplantı kararları karar defterine işlenerek ilgili birimlere duyurulur.
 - ▶ 3 aylık aralarla faaliyet raporları yönetime bildirilir.

Enfeksiyonlardan Korunma

► Temizlik:

- Tüm hastane birimlerinde uygulanacak temizlik yöntemleri ve temizlikte kullanılacak malzemelerin belirlenmesinde idare ile sıkı işbirliği halinde çalışılır.
- Temizlik konusunda gerekli eğitimleri vererek ayda en az 2 defa denetleme yapar.

Enfeksiyonlardan Korunma

► Sterilizasyon ve Dezenfeksiyon:

- Hastanemizde sterilizasyon ünitesi bulunmamakla birlikte, sterilizasyon işlemleri ameliyathane sorumluluğunda yürütülmektedir.
- Enfeksiyon kontrol komitesi, hastane enfeksiyon riskini azaltmaya ve çalışanların sağlığını korumaya yönelik olarak, sterilizasyondan sorumlu personel ile sürekli işbirliği halinde bulunarak, uygulamaların talimatlara uygun olarak yapılmasını sağlar.
- Hastanede kullanılacak olan temizlik, sterilizasyon-dezenfeksiyon araç ve gereçlerin kontrolü, sarf malzeme alımlarında ilgili birimlerle irtibat kurulur.
- Tüm hastanede sterilizasyon-dezenfeksiyon-antisepti yöntemlerini uygulamada talimatlara uyulup uyulmadığı denetlenir.

Enfeksiyonlardan Korunma

► Tıbbi atıkların kontrolü:

- Tıbbi atıkların Çevre bakanlığının belirlemiş olduğu kriterler doğrultusunda hazırlanan “Atık Yönetimi Talimatı” na uyun olarak yönetilmesini kontrol eder.
- Tıbbi atıkların düzenli toplanması, taşınması ve depolanmasını kontrol edip kayıtlarının düzenli olarak tutulmasını denetler.
- Tıbbi atık konusunda ilgili personele eğitim verir.
- Personelin tıbbi atık toplanması ve taşınması sırasında koruyucu önlemleri almasını sağlar ve uyulup uyulmadığını denetler.

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 matzemeler,
- 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 matzemeler
- Bakteri ve virüs tutucu filtreler / hava filtreleri
- Kesici-delici atık kutusu

- Floresan Lambalar
- Ağır metal içeren atıklar
- Basınçlı 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
- Kırk camlar
- Yaralanmaya neden olabilecek tüm kesici delici aletler



Enfeksiyonlardan Korunma

► Sürveyans, salgın ve izolasyon:

- Hastanede hastane enfeksiyonu görülme risk olasılığı yüksek olan ve yeterli veri toplanabilecek uygun kliniklere sürveyans çalışması başlatılır.
- Laboratuara ve hastaya dayalı olarak yapılan sürveyans verilerini toplar, değerlendirir, sorunları ortaya koyar ve çözüm önerileri üretir. Bu sürveyans veri ve önerilerini yönetime bildirir.
- Hasta yada hastane çalışanı için tehdit oluşturan bir enfeksiyon riskini belirlenmesi durumunda, gerekli incelemeleri yapar, alınması gereken tedbirleri belirler, bu tedbirlerin uygulanmasını sağlar ve denetler.

Enfeksiyonlardan Korunma

▶ Antibiyotik kontrolü:

- ▶ Sürveyans verileri ve eczane antibiyotik tüketim verilerini dikkate alarak, antibiyotik kullanım politikalarını belirler, politikanın işlerliğini denetler.
- ▶ Hastane antibiyotik alımında ilgili birimlere görüş bildirir.

TANIMLAYICI FİGÜRLER TABLOSU



Solunum izolasyonu



Damlacık izolasyonu



Temas izolasyonu



Düşme riski

	T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	EN.FR.19
		YAYIN TARİHİ	13.10.2023
	ENFEKSİYON KONTROL KOMİTESİ EL ANTİSEPTİĞİ KONTROL İŞLEMLERİ FORMU	REVİZYON NO	0
		REVİZYON TARİHİ	-
		SAYFA NO	1/1

SERVİS ADI:

TARİH	EL ANTİSEPTİĞİ KONTROL İŞLEMLERİ			KONTROL EDEN
.../.../...	Alkol bazlı el antiseptiği tüm hasta bakım alanları ve tedavi hazırlama alanlarında uygun yerde bulunuyor mu?(Evet/Hayır)	Alkol bazlı el antiseptiği tüm kullanım alanlarında yeterli miktarda mı?(Evet/Hayır)	Alkol bazlı el antiseptiğinin üzerinde açılma tarihi kayıt altına alınmış mı?(Evet/Hayır)	İsim/İmza
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				

NOT: Hastanemizde el hijyeni ürünleri olarak alkol bazlı el antiseptiği, sıvı sabun, kağıt havlu kullanılmaktadır. El antiseptiği, sağlıkta kalite standartları doğrultusunda yoğun bakımlar ve diyaliz ünitesinde her hasta başında 1 adet olmak üzere, kliniklerde 2 hasta arasında 1 adet olacak şekilde, diğer alanlarda ise çalışanların ve hasta, hasta yakınlarının da kolay ulaşabileceği alanlara gelecek şekilde planlanmıştır. El yıkama ünitelerinde(her lavabo alanında) evsel atık olarak pedallı çöp kovaları bulunmaktadır.

EL ANTİSEPTİĞİ:

1-El antiseptiğinin açılma tarihi ve açıldıktan sonra son kullanma tarihi üzerine kaydedilir, ürünün açıldıktan sonra ne kadar süre kullanılabileceği konusunda firma önerisi doğrultusunda hareket edilir.

2-El antiseptiği her gün temizlik esnasında veya birim sorumlusu ziyaretlerinde kontrol edilerek yenilenmesi sağlanır.

SIVI SABUN VE KAĞIT HAVLU:

1-Sıvı sabunlar kullanıma sıklığına ve alanına göre konulmalıdır.

2-Sıvı sabun ve kağıt havlu tüm temizlik alanlarında bulunmalı, her temizlik esnasında kontrol edilmeli ve gerektiği zaman yenilenmesi sağlanır.

**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.

Numunenin transferinin doğru yöntem ve belirlenen süre içerisinde gerçekleştirilmesi konusunda transferi yapan personele eğitim yapılması ve kaydedilmesi 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



- Örneği alacak kişinin korunması için önlemler alınmalı (eldiven, maske, gözlük, önlük vb.)
- Örneğin alınacağı tüpün son kullanma tarihine dikkat edilmelidir (Vakum etkileri azalır, kapaktaki silikon parçalanabilir)
- Uygun miktarda kan konulmalıdır
- Steril tüp kullanılmalıdır
- Enjektöre alınmış kan, hemoliz olmaması için, iğne enjektörden uzaklaştırıldıktan sonra, hazırlanmış tüplere yavaşça ve tüp kenarından kaydırarak dikkatli bir şekilde aktarılmalıdır.
- Tüplerin ağız kapatılmalı, tüplerin içinde katkı maddesi veya antikoagulan varsa tüpler yavaşça 5-10 kez ters çevirerek karıştırılmalıdır.

- Analiz öncesi süreçte kimlik doğrulama işlemi yapılmalıdır. (örnek alımı, etiketleme, örneğin kabulü gibi)
- Hastalar tarafından örnek teslimi yapılmamalıdır.
- Örnek transferinin doğru yöntemle ve belirlenen süre içerisinde gerçekleştirilmesi sağlanmalıdır.
- Örnekler numune transfer çantası içinde, sarsılmadan taşınmalıdır.
- Numune transfer çantaları vücut sıvıları ile kirlendiğinde veya gün sonunda bir kez 1/10 çamaşır suyu ile dezenfekte edilmelidir.
- Örnekler, örnek alımı ile ilgili kayıt ve laboratuvara kabul kaydı olmadan çalışmaya alınmamalıdır.



A large blue rectangular graphic with rounded corners, designed to look like a scroll. It has a vertical strip on the left side that curls at the top and bottom, and a small circular detail at the top right corner. The background features abstract blue geometric shapes.

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 alışanı **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 kaçırma 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.



*Hasta güvenliği için
Çalışan güvenliği için
Hastanemizin güvenli bir ortam olması için
Tüm kodlardan tüm personel sorumludur*



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 kullanımını 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)



Ertil Yaşaroğlu © www.komikoz.net

İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi İle İlgili 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

NUTRİSYON DESTEK İHTİYACI

- Hastaların tıbbi beslenme destek ihtiyacının belirlenmesi, karşılanması

	T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ		DOKÜMAN KODU		HB.FR.07
	HASTA DEĞERLENDİRME NRS 2002 FORMU		YAYIN TARİHİ		13.10.2023
			REVİZYON NO		0
			REVİZYON TARİHİ		-
			SAYFA NO		1/2

Adı Soyadı:													Protokol No:						
Yaşı:													Yatış Tarihi:						
Cinsiyeti:													Servisi:						

ÖN DEĞERLENDİRME													
Vücut kitle endeksi (VKI) < 20,5 kg/m ² mi?	Evet	1. hafta	2. hafta	3. hafta	4. hafta	5. hafta	6. hafta	1. hafta	2. hafta	3. hafta	4. hafta	5. hafta	6. hafta
Hasta son 3 ayda kilo kaybetti mi?	Evet							Hayır					
Geçen hafta gıda alımında azalma oldu mu?	Evet							Hayır					
Hasta ileri derecede hasta mı? (örneğin yoğun bakımda mı?)	Evet							Hayır					

*Bu sorulardan biri "Evet" ile cevaplanırsa, **Esas Değerlendirmeye** devam edilir.
 *Bütün sorular "Hayır" ile cevaplanırsa, hastaya her hafta yeniden **Ön Değerlendirme** yapılır.
 *Hastaya örneğin büyük bir ameliyat yapılması planlanıyorsa, olası bir riske karşı, önlem mahiyetinde bir beslenme planı uygulanması gerekir.

ESAS DEĞERLENDİRME				
Beslenme Durumundaki Bozulma	Puan	+	Hastalık Şiddeti	Puan
Normal beslenme durumu	0 (Yok)		Normal besin gereksinimi	0 (Yok)
3 ayda > %5 kilo kaybı veya geçen haftaki besin alımı normal gereksinimlerin %50-75'inin altında	1 (Hafif)		Kalça fraktürü, Özellikle akut komplikasyonları olan kronik hastalar: Siroz, KOAH, Kronik Hemodiyaliz, Diyabet, Onkoloji	1 (Hafif)
2 ay içinde kilo kaybı > %5 veya VKI 18,5-20,5 + genel durum bozukluğu veya geçen haftaki besin alımı normal gereksinimlerin %25-50'si	2 (Orta)		Majör Abdominal Cerrahi, İnme, Şiddetli Pnömoni, Hematolojik Malignite	2 (Orta)
1 ay içinde kilo kaybı > %5 (3 ayda > %15) veya VKI < 18,5 + genel durum bozukluğu veya geçen haftaki besin alımı normal ihtiyacının %0-25'i	3 (Şiddetli)		Kafa travması, Kemik iliği transplantasyonu, Yoğun Bakım hastaları (APACHE > 10)	3 (Şiddetli)

Hastanın Yaşı ≥70 ise +1 Puan

Total Skorun Hesaplanması: İlk önce **Beslenme Durumundaki Bozulma** bölümünün puanı bulunur. Sonra **Hastalık Şiddeti** puanı bulunur. Toplanır. En son olarak da hastanın yaşı 70 yaş ve üstü ise 1 puan daha eklenir. Böylece hastanın **NRS** bulunur.
Puan ≥3: Beslenme riski mevcut, diyetisyen konsültasyonu istenir ve beslenme planı başlatılır.
Puan <3: Haftada bir NRS 2002 değerlendirilmesi yapılması gerekir.
 Eğer büyük bir cerrahi müdahale yapılması planlanıyorsa, olası risklere karşı önlem mahiyetinde bir beslenme planı uygulanmalıdır.

***Vücut Kitle İndeksi (VKI) = Vücut Ağırlığı (kg.) / Boy uzunluğunun karesi (m.)**

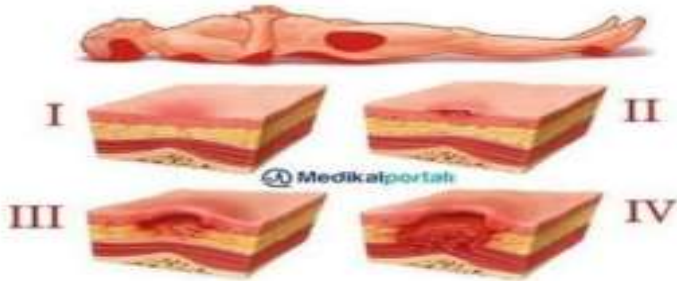
Haftalık Değerlendirme	Öndeğerlendirme Tarihi	Boy/kilo	VKI	Nutrisyonel Risk Skoru	Değerlendirmeyi Yapan Adı/Soyadı
1. hafta					
2. hafta					
3. hafta					
4. hafta					
5. hafta					
6. hafta					

BASI ÜLSERLERİ

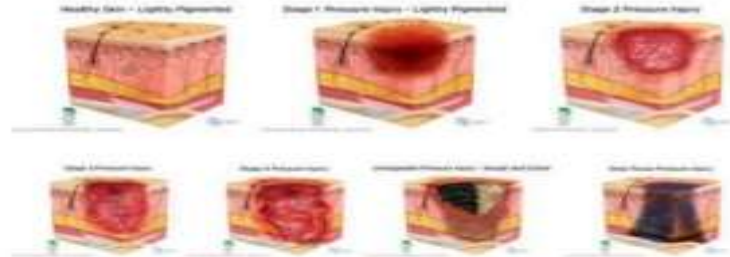
BASI YARASININ ÖNLENMESİ

Bası yarası basınçla ortaya çıkan lokalize yaralar olarak tanımlamaktadır

Bası Yarası Derecelerine Göre Sınıflandırma

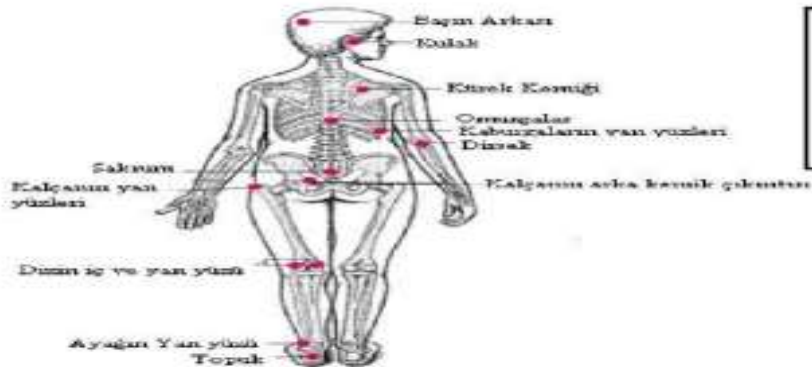


Derecelendirilemeyen Bası Yarası Şüpheli Derin Doku Yaralanması



Bası Yarası İçin Risk Faktörleri Nelerdir?

DIŞ ETKENLER		İÇ ETKENLER	
Makaslama	Basınç	İskemi	Malnütrisyon, Anemi
Sürtünme	Basıncın Yoğunluğu	Nem	Hareketsizlik
Ayrılma	Basıncın Süresi	Sistemik Enfeksiyon	Duyu Kaybı
Kopma	Dokunun Toleransı	İleri Yaş	Kullanılan İlaçlar



Basıya uğrayan her yerde gelişebilmekle birlikte, bası yaralarının en sık görüldüğü bölgeler sakrum, topuklar, iskiüm ve trokanterlerdir.

HANGİ ÖLÇEK KULLANILMALIDIR?

Risk Değerlendirmesinde Braden Bası Yarası Ölçeği Kullanılır

- Braden Bası Yarası Ölçeğinde toplam puan 6-23 arasında değişmektedir. Toplam puanın düşük olması basınç ülseri gelişme riskinin yüksek olduğunu göstermektedir.
- Bası yeri, renk, evre, bası yarası oluşmuşsa yaranın boyutları kayıt altına alınmalıdır.

BASI YARASINI ÖNLEMELİK İÇİN NE YAPILMALI?

- Tüm riskli bireylerin ciltleri **günde en az 1 kez değerlendirilmelidir.**
- Duyu kaybı olduğu bilinen bölge üzerinde 15-20 dakikadan uzun süre yatırılmamalıdır.
- Basıyı azaltan özel olarak üretilmiş yataklar (havalı, sulu ve latex, köpük, vb.) kullanılmalıdır.
- Kol ve bacaklar yastık, rulo veya havlularla desteklenmelidir.
- **Oturabilen hastaların pozisyonu saat başı değiştirilmelidir.**
- Sandalyede oturan **hastanın bacakları yükseltilmelidir.**
- Hasta **yatağa bağımlı ise gündüz 1-2 saat, gece 4 saat ara ile pozisyonu değiştirilmelidir.**
- Hasta mobilize edilmelidir.
- Hasta hijyeni ve beslenmesine dikkat edilmelidir.

★ Sık Kullanılanlar

EKG KABUL

HASTA SONUÇ SORG...

HEMŞİRE İŞLEMLERİ

İNDİKATÖR

Acil Servise Çağrılan Kons...
Acil Sevise Yeniden Başla...
Ameliyat Masası Kullanım ...
Bası Ülseri Oranı
Cerrahi Alan Enfeksiyon H...
Cerrahi Alan Enfeksiyon H...
Cerrahi Profilakside Antib...
Cerrahi Profilakside Antib...
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 V...
Yoğun Bakım Mortalite Or...
Yoğun Bakım Mortalite Or...
Yoğun Bakım Hasta Yatış...
İstenmeyen Olay Bildirim ...

SAĞLIK NET

SEKRETERLİK SÜRECİ

WEB UYGULAMALAR

Form Göster

Dosya No			
Başvuru No			
Başvuru Tarihi			
Başvuru Saati			! Başvuru Uyarı
Sıra No			

Ana Form

BASI ÜLSERİ DEĞERLENDİRME FORMU

Adı Soyadı		Yatış Tarihi		Çıkış	
Protokol No:		Kilo		Boy	
Bölüm					
Birime Geliş Şekli	☐ Yürüyerek	☐ Sedye	☐ Tekerlekli Sandalye		
Kronik Hastalıklar	☐ DM	☐ HT	☐ KOAH	☐ Kalp yetmezliği	☐ KBY
Ön Tıbbi Tanı					

BAS YARASI RİSKİNİ ÖLÇME(Norton Bası Skalası)

Değerlendirir

Fiziksel Durum	Seçim...	Mental Durum	Seçim...	Aktivite	Seçim...	Mobilite	Seçim ya...
----------------	----------	--------------	----------	----------	----------	----------	-------------

Hesapla

RİSK ÖLÇÜMÜ	PUANLAMA	YAPILMASI GEREKEN FA
RİSK YOK	12 ve +	Haftada bir Kez bası yarası riskini yeniden ölçme Oluşumu Önleme Talimatını Uygula
YÜKSEK RİSK	1-11	Her gün bası yarası riskini yeniden ölç + Bası Pansumanı ve Bakımı Talimatını Uygula

EVRE ;

☐ Evre 1 : Bölge kızarıklık, cilt bozulmamış, koruyucu önlemler reversibl
☐ Evre 2 : Cilt bütünlüğü bozulmuş, yüzeysel ülser eritem görünümünde
☐ Evre 3: Cilt altı kasa yayılmamış ülser
☐ Evre 4 : Kas yada kemikleri tutan derin ülser

Cilt Rengi ;	☐ Kırmızı	☐ Sarı	☐ Siyah				
Bölge ;	☐ Sakrum	☐ Skapula	☐ Femur	☐ Topuklar	☐ Kulaklar	☐ Omuz	☐ Koksiks
	☐ Diğer						

Sonuç Seçim yapınız . . .

Kaydet

Veri Yükle

Temizle



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

DEPO PLANI

DOKÜMAN KODU

MC.PL.01

YAYIN TARİHİ

01.05.2006

REVİZYON NO

03

REVİZYON TARİHİ

11.10.2013

SAYFA NO

1/2

D

D1- HEMŞİRE NÖBET DEFTERİ
D2- HEMŞİRE GÖZLEM
D3-KALEM-PİL-BİLEKLİK
D4-GALOŞLAR -
D5-A4-HEMŞİRE GÖZLEM
D6- HAVALI YATAKLAR

E1- ÇARŞAF - BATTANIYE
E2- NEVRESİM - YASTIK

E

C

C1- KUS TORBASİ-PAMUK-N/G SON
C2- BÖBREK KÜVET- SÜRGÜ-ÖRDEK
C3-MASKE-İDRAR TORBASİ-KATAJEL
-FOLEY SONDA
C4-DEZENFEKTEN-ALKOL-BATİCON
C5- TIBBİ ATIK KUTUSU

KİŞİSEL KORUYUCU EKİPMAN DOLABI
F1- MASKE - TULUM
F2- N 95
F3- GÖZLÜK -BONE
F4- KORUYUCU EKİPMAN ÇANTASI

F

B

B1- SEDYE ÖRTÜSÜ
B2- VEN VALFİ-FLASTER
HEPARİNLİ KAPAK
B3-İNS.ENJ-DAMLAMAYAR-POŞET ELD.
B4-5ML - 10 ML- 20 ML ENJ -ENJ UCU
B5-NONSTERİL ELDİVEN
B6- İNTRAKET

A

A1- NEBÜL MASKE
A2-NAZAL KANÜLLER
A3- SERUM SETİ-KAN SETİ
A4-İDRAR -KAN KABI
KÜLTÜR ÇUBUĞU
LABORATUVAR TÜPLERİ
A5-ASPİRASYON SONDASI

TEMİZLİK ARABASI

KAPI



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	



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 UNSURU 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

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	KONTROLEĞEN	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

YB –SERVİS TEMİZLİK KONTROL FORMU



T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

EĞİTİM KATILIM FORMU

DOKÜMAN KODU	EY.FR.15
YAYIN TARİHİ	01.05.2016
REVİZYON NO	03
REV. TARİHİ	11.10.2013
SAYFA NO	1 / 4

Eğitim Konusu	SAĞLIKTA KALİTE STANDARTLARI VERSİYON	Eğitim Tarihi	
	➤ İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi ➤ Renkli Kodlar ➤ Hasta Mahremiyetinin Sağlanması ➤ Kişisel Koruyucu Ekipman Kullanımı ➤ Hasta Kimlik Tanımlayıcılarının Kullanımı Ve Hasta Kimliğinin Doğrulanması ➤ Tıbbi Beslenme Destek İhtiyacının Belirlenmesi, Karşılması Ve İzlenimi ➤ Hastaların Güvenli Transferi ➤ Radyasyon Güvenliği ➤ Hasta Düşmelerinin Önlenmesi ➤ Hasta Hareket Kısıtlaması ➤ İlaç Güvenliği ➤ Sözel Order Talimatı ➤ Transfüzyon Güvenliği ➤ Güvenli Cerrahi Uygulamaları ➤ Hasta Tanımlayıcı Figürler ➤ Bilgi Güvenliği Ve Kişisel Verilerin Saklanması ➤ HTBC Kullanımı	Eğitim Saati	
Eğitim Yeri			
Eğitimci Adı			
Eğitimci İmzası			

KATILIMCININ					
NO	ADI SOYADI	GÖREVİ / ÜNVANI	GÖREV YERİ	İMZASI	ETKİNLİK
					OLUMLU/OLUMSUZ
1					
2					
3					
4					

*Her zaman, her koşulda ve her konuda
ENDİŞELENMEK ve GEREKENİ YAPMAK
Sağlık Çalışanı için bir ödevdir*



TEŞEKKÜR