 ERCİYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ	DOKÜMAN KODU:	İY.PR.01
	YAYIN TARİHİ:	EYLÜL 2016
	REVİZYON NO:	01
	REVİZYON TARİHİ:	KASIM 2018
	SAYFA NO:	1 / 9
İLAÇ YÖNETİM PROSEDÜRÜ		

1. AMAÇ: Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinde ilaç hatalarının önlenmesi amacıyla stratejilerin belirlenmesi, ilaç kullanım sürecinin tüm safhalarında görev alan sağlık bakımı sunanların rollerinin belirlenmesi, ilaç istemleri, temini, siparişi, saklanması, depolanması ve hazırlanması, doğru, zamanında ve hatasız dağıtımını sağlamak, uygulamak ve yönetmektir.

2. KAPSAM: Bu prosedür Tüm Birimleri kapsar.

3. KISALTMALAR:

HBYS: Hastane Bilgi Yönetim Sistemi

TÜFAM: Türkiye Formakovijilans Merkezi

4. TANIMLAR:

Advers Etki: Bir beşeri tıbbi ürünün; teşhis, tedavi ya da profilaksi amacıyla kabul edilen dozlarda kullanımı sırasında ya da sonrasında ortaya çıkan zararlı ve amaçlanmamış bir etkidir.

Farmakovijilans: Advers etkilerin ve beşeri tıbbi ürünlere bağlı muhtemel sorunlarının saptanması, değerlendirilmesi, tanımlanması ve önlenmesi ile ilgili bilimsel çalışmalardır.

Yan Etki: İlacın farmakolojik özellikleri ile ilişkili olarak, insanda kullanılan normal dozlarda oluşan amaçlanmamış etki.

Narkotik İlaç: Çoğunlukla morfin türevidir, ağrı kesici nitelikte, doğal, yarı yapay ve yapay kökenli, şiddetli fiziksel ve psikolojik bağımlılığa yol açan ilaçlardır.

Psikotrop İlaç: Merkezi sinir sisteminde etkisini gösteren ve beynin işlevlerini değiştirerek algıda, ruh hâlinde, bilinçlilikte ve davranışta geçici değişikliklere neden olan, uzun süre kullanıldığında fiziksel bağımlılığa yol açan ilaçlardır.

Yüksek Riskli İlaç: Terapötik ve maksimum dozları birbirine yakın olan ilaçlardır. Hatalı kullanıldıklarında, hasta üzerinde geri dönüşsüz veya kalıcı olumsuz etki yaratabilirler.

5. SORUMLULAR: Tüm Sağlık Çalışanları.

6. FAALİYET AKIŞI:

6.1. İlaçların Temini:

6.1.1. Hastanelerimizde kullanılan ilaçların yıllık tüketim miktarları sorumlu eczacı tarafından Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) verileri üzerinden tespit edilerek ilaç ve serum ihale listeleri oluşturulur ve yapılan ihalelerle ilaçlar temin edilir.

6.1.2. Bunun dışında ihale yolu ile temin edilemeyen ilaçlar ve birimlerden gelen ilaç istekleri “İlaç ve Tıbbi Malzeme Kurulunda” görüşülerek doğrudan temin yöntemi ile temin edilir.


6.1.3. İhale sonucu ilgili depolarla yapılan sözleşme sonrası hastane eczanesi tarafından yazılı siparişler oluşturulur. Sipariş belgesi ile eczane ana deposuna gelen ürünlerin şartnamelere uygunluk muayenesi yapıldıktan sonra ürün kabul edilir ve fatura girişi taşınır kayıt kontrol yetkilisi eczacı tarafından yapılarak “Muayene Kabul Komisyon Tutanağı” ve “Taşınır İstek Fişi” düzenlenir ve ödeme için imzaya sunulur.

6.2. İlaçların Muhafazası:

6.2.1. Tüm ilaçlar mümkün olduğunca orijinal ambalajlarında saklanır.

6.2.2. Eczanede, eczane depoda ve ameliyathanede ilaçların depolandığı tüm alanların depo planları bulunur ve yerleşim depo planına uygun yapılır.

HAZIRLAYAN: BAŞECZACI	KONTROL EDEN: KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ	ONAYLAYAN: BAŞHEKİM
--	---	--------------------------------------

	ERCİYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ	DOKÜMAN KODU:	İY.PR.01
		YAYIN TARİHİ:	EYLÜL 2016
	İLAÇ YÖNETİM PROSEDÜRÜ	REVİZYON NO:	01
		REVİZYON TARİHİ:	KASIM 2018
		SAYFA NO:	2 / 9

6.2.3. Yerleşim tavandan en az 40 cm aşağıda olacak şekilde yerleştirilir. Yerleştirme ilk gelen ilk çıkar kuralına uygun olarak ve özellikle ilaçların miyadlarına dikkat edilerek yapılır.

6.2.4. Soğuk zincir koşullarında saklanması gereken ilaçlar eczane ana depoda bulunan 2 - 8°C derece soğuk hava deposunda muhafaza edilir. Soğuk hava deposunun sıcaklığı 2 - 8°C dışına çıktığı zaman ilgili yerlere uyarı sistemi mevcuttur.

6.2.5. İlaçların saklandığı tüm depoların ısı ve nem düzeyleri kalibre ısı ve nemölçerler aracılığı ile izlenir ve birim sorumlularınca “Buzdolabı Isı Takip Formu” ve “Isı - Nem Takip Formu” ile kayıt altına alınır. Aksi belirtilmediği sürece tüm ilaç ve serumlar maksimum 25 °C ve %40 - 60 nem düzeyinde muhafaza edilir. Bu değerlerin üzerine çıktığı zaman alınabilecek gerekli tedbirler alınır (Isı uygun aralığı gelen kadar ölçüm tekrarlanır ve takip edilir. Varsa pencere açılır, klima ayarlanır. Şartlar uygun hale getirilemez ise Eczaneye bilgi verilir).

6.2.6. İlaçlar depolanırken ve tüketilirken en yakın miatlı ürün tüketilecek şekilde planlama yapılır.

6.2.7. Işıktan korunması gereken ilaçlar için "Işıktan Korunacak İlaç Listesi" oluşturulmuştur ve bu ilaçlar gerekli tedbirler alınarak muhafaza edilir. Ayrıca eczane depolarında ve klinik depolarında "Işıktan Korunacak İlaç Listesi" aktif olarak kullanılmaktadır.

6.2.8. İdeal ilaç saklama koşullarını sağlamak amacı ile eczane ve depolara klima takılmıştır.

6.2.9. İlaç depolarının koşullarına göre risk analizi yapılmış ve tespit edilen risklere yönelik koruyucu önlemler alınmıştır. Bunlar;

- Yangın riskine karşı yangın söndürme tüpleri ve duman alarmı takılmıştır.
- İlaç ve depo raflarındaki devrilme riskine karşı tüm raf ve dolaplar duvarlara sabitlenmiştir.
- Çalışanların yüksekte ilaç alırken koli düşme ve yaralama risklerine karşı eczane ve depolarda merdiven temin edilerek kullanılması sağlanmıştır.
- Rogar ve sel taşkınları tahliye borularının tıkanma nedeni ile oluşabilecek su taşmaları için zemine konacak kolilerin altına paletler yerleştirilerek yerden yükselmesi sağlanmıştır ve kolilerin istiflemesi tavandan en az 40 cm. olacak şekilde yapılmıştır.
- Nem ve rutubet riskine karşı kontroller yapılmaktadır.
- Eczane atıkları; kullanımda artan ilaç atıkları tıbbi atık kutularında, kâğıt atıklar kâğıt toplama kutularında, evsel atıklar da siyah renkli poşetlerde toplanmaktadır.

6.3. İlaç İstemleri:

6.3.1. Hastanın kullanacağı ilaçlar için hekim tarafından elektronik ortamda order verilir. Çıktısı alınıp, kaşe ve imzalandıktan sonra tedavi planına eklenir. İlaç istekleri Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) üzerinden klinik hemşireleri tarafından yapılır. Orderda U - 72, EHU, Anestezi Uzman kapsamında olan ilaçlar ilgili hekimler tarafından Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) üzerinden onaylandıktan sonra verilir.


6.3.2. Mesai saatleri dışında Eczaneden istek yapılması halinde nöbetçi çalışan Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) üzerinden istekleri kontrol eder, onaylar ve ilaçları hazırlar. Hazırlanan ilaçlar istek yapan birimin çalışına tarafından eczaneden teslim alınır.

6.3.3. Eczanenin kapalı olduğu saatlerde gerekli durumlarda icapçı eczacı çağrılarak ilaç temini yapılır.

6.3.4. Tedavi planında ilacın tam adı (kısaltma kullanılmadan), uygulama şekli, uygulama dozu ve veriliş süresi yer almalıdır.

6.3.5. Sözel order zorunlu durumların dışında alınmaz. Sözel order alınırken sözlü order talimatına uygun olarak alınır. “Sözlü ve Telefonla Hekim Talimatları Formu” doldurulur. 24 saat içinde hasta orderında yazılı hale getirilir. Yüksek hata potansiyeli nedeniyle kemoterapi ilaçları ve “Yüksek Riskli İlaçlar Listesi Formundaki” yer alan ilaçlar için (Resusitasyon durumu hariç) sözel / telefon talimatı kabul edilmez. Talimat verirken kısaltma kullanılmaz. Anlaşılmayan veya telaffuzu zor olan kelimeler ve “İsmi ve Söylenişi Benzer İlaç Listesi” yer alan ilaçlara kodlama yapılır. Hekimden alınan ilaç istemi ve hasta kimlik bilgileri, hekime aynen geri okunur. Hekimin onayından sonra talimat uygulanır.

HAZIRLAYAN: BAŞECZACI	KONTROL EDEN: KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ	ONAYLAYAN: BAŞHEKİM
---------------------------------	--	-------------------------------

 ERCİYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ	DOKÜMAN KODU:	İY.PR.01
	YAYIN TARİHİ:	EYLÜL 2016
	REVİZYON NO:	01
	REVİZYON TARİHİ:	KASIM 2018
	SAYFA NO:	3 / 9
İLAÇ YÖNETİM PROSEDÜRÜ		

6.4. İlaçların Hazırlanması:

6.4.1. Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) üzerinden gelen ilaç istekleri ilgili eczacı tarafından kontrol edilip, onaylandıktan sonra yardımcı çalışan tarafından eczacı gözetiminde hazırlanır.

6.4.2. Eczanede ilaçlar birim bazında hazırlanır.

6.4.3. Tablet ve kapsüller etiket üzerine ilacın adı, miadı yazılarak kilitle naylon poşetlere yapıştırılarak hazırlanır.

6.4.4. Birimlerin ilaç istekleri kendilerine ait plastik kapaklı kutularına yerleştirilir.

6.5. İlaçların Transferi:

6.5.1. Hazırlanan ilaçlar eczane dağıtım çalışanları tarafından klinik sorumlu hemşiresine imza karşılığı teslim edilir.

6.5.2. Mor reçeteye tabi ilaçlar, majistral ilaçlar ve reçete karşılığı dışarıdan temin edilen ilaçlar klinik hastane hizmetlisi tarafından hastane eczanesinden imza karşılığı teslim alınır.

6.6. İlaç Uygulamaları:

6.6.1. İlaç uygulamaları hekimler, hemşireler, anestezi teknisyenleri tarafından yapılır. Hastaya yapılan ilaçla ilgili herhangi bir yan etkinin gelişip gelişmediği takip edilir.

6.6.2. İlaç hazırlama esnasında order - hasta - ilaç ve ilaç miad kontrolleri ilgili hemşire tarafından yapılır.

6.6.3. Hemşireler ilaç uygulaması yaparken mutlaka; hasta bilekliği - hemşire gözlem kâğıdı ve hastanın şuuru açık ise seslenerek kimlik doğrulama işlemi yapılır. İlaç hazırlanırken ve verilirken doğru doz, doğru ilaç, doğru hasta, doğru yol, doğru form, doğru zaman, doğru kayıt işlemleri için gerekli kontrolleri yapılır. İlaç hazırlama işleminde "Parenteral Yolla Verilen İlaçların Hazırlama / Uygulama / Saklama Koşulları Listeleri" aktif olarak kullanılmaktadır.

6.6.4. İlaçlar hastaya özel hazırlanır. İlaç kapları ve enjektöre çekilen ilaçların isimleri, dozları ve hastaların kimlik bilgileri okunaklı şekilde yazılıp etiketlenir.

6.6.5. İlaç uygulama saatleri uygulayan kişinin ismi "Hemşire Gözlem - Sıvı İzlem Formuna" kaydedilir.

6.6.6. Hemşireler eczanedan tüm ilaçları sayarak ve kontrol ederek teslim alırlar.

6.6.7. Yatış sırasında mutlaka ilaç ve gıda alerjisi sorgulaması yapılır. "Hemşirelik Hizmetleri Hasta Ön Değerlendirme Formuna" kaydedilir.

6.6.8. Yeni bir ilacın kullanımı söz konusuysa hemşire ve hekimler bu konuda bilgilendirilir.

6.6.9. Tüm ilaç uygulamalarını bizzat hemşire yapar. Stajer hemşirelerin uygulamalarında da bizzat hemşire öğrencisinin yanında bulunur. Tüm sorumluluk hemşireye aittir. İlaç etkileri bakımından hemşire hastayı gözlemler ve kaydeder.

6.6.10. Hastada görülen advers etkiler hekim veya hemşire tarafından "Advers Etki Bildirim Formu" doldurularak kayıt altına alınır ve Farmakovijilans Sorumlusuna bildiri yapılır.

6.6.1. Taburculuk esnasında hastaya kullanacağı ilaçlar ve tıbbi malzemelerle ilgili eğitim verilir ve kayıt altına alınır.

6.7. Hasta Beraberinde Gelen İlaçların Kontrolü:

6.7.1. Hastanın kliniğe yatış kabulünde hemşire tarafından hastaya yanında ilaç getirip getirmediği sorulur. Eğer ilaç varsa maid kontrolü yapılarak "Hemşirelik Hizmetleri Hasta Ön Değerlendirme Formuna" kaydedilip teslim alınır.

6.7.2. Hastanede yattığı süre boyunca ilaçları kullanması gerekiyorsa hekim talimatına eklenmesi sağlanıp hemşire tarafından uygulanır.

6.7.3. Teslim alınan ilaçların miadı geçmişse hastaya haber verilerek imha edilir. Hastanın yanında bulunan ilaçlar kullanılmayacaksa bile hasta yanında bırakılmaz.

6.7.4. Taburcu olurken hastaya teslim edilir.

6.8. İlaç - İlaç, İlaç - Besin Etkileşimlerinin Kontrolü:

6.8.1. Hastaya order edilen ilaçlar ilgili klinik eczacı tarafından ilaç - ilaç ve ilaç - besin etkileşimleri açısından kontrol edilir varsa bir etkileşim hekime bilgi verilir.

HAZIRLAYAN: BAŞECZACI	KONTROL EDEN: KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ	ONAYLAYAN: BAŞHEKİM
--	---	--------------------------------------



**ERCİYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK
UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ**

İLAÇ YÖNETİM PROSEDÜRÜ

DOKÜMAN KODU:

İY.PR.01

YAYIN TARİHİ:

EYLÜL 2016

REVİZYON NO:

01

REVİZYON TARİHİ:

KASIM 2018

SAYFA NO:

4 / 9

BESİN	İLAÇ	YORUM
ALKOL	ACİTREİN	KADINLARDA TERATOJENİK ETKİ SÜRESİNDE UZAMA
	TRİSİKLİK ANTİDEPRESANLAR	SEDATİF ETKİDE ARTMA
	TRAZODON	SEDATİF ETKİDE ARTMA
	TİANEPTİN	İLACIN ETKİSİNDE AZALMA
	LİNEZOLİT	HİPERTANSİF KRİZ/HİPOTANSİF ETKİDE ARTMA
	ROTİGOTİN	SEDATİF ETKİDE ARTMA
	PALİPERİDON	ORTOSTATİK HİPOTANSİYON RİSKİ, SERSEMLİK, BAS DÖNMEŞİ, SEDASYON RİSKİ
	ASETAMİNOFEN	HEPATOTOKSİSİTE RİSKİNDE ARTMA
	SELEJİLİN	HİPERTANSİF KRİZ RİSKİ
	YOHİMBİN	HİPERTANSİF KRİZ RİSKİ
	MAO İNHİBİTÖRLERİ	HİPERTANSİF KRİZ RİSKİ
	TRABEKTEDİN	HEPATOTOKSİSİTE RİSKİNDE ARTMA
	DULOKSETİN	HEPATOTOKSİSİTE RİSKİ
	BUPROPİYON	NÖBET RİSKİNDE ARTIŞ
	ALFA LİPOİK ASİT	İLACIN ETKİSİ AZALIR.
GREYFURT SUYU	STATİNLER	MİYOPATİ VE RABDOMİYOLİZ RİSKİNDE
	TERFENADİN	KALPTE ARİTMİ RİSKİ
	SİKLOSPORİN	SİKLOSPORİN TOKSİSİTE RİSKİ
	TACROLİMUS	TACROLİMUS KONSANTRASYONUNDA
	BUSPİRON	İLACIN SANTRAL DEPRESAN ETKİSİNDE
	SERTRALİN	İLACIN ETKİSİNDE ARTMA
	İVABRADİN	CİDDİ BRADİKARDİ RİSKİ
	AMİODARON	İLACIN ETKİSİNDE ŞİDDETLENME
	CA KANAL BLOKERLERİ	İLACIN YAN ETKİLERİNDE ARTIŞ
	ACE İNHİBİTÖRLERİ	ETKİDE ŞİDDETLENME
	ERGOT ALKALOİDLERİ	ERGOT TOKSİSİTESİNDE ARTMA
	SİROLİMUS	İLACIN KONSANTRASYONUNDA ARTMA
	KİNİDİN	İLACIN ETKİSİNDE AZALMA
	MODAFİNİL	İLACIN KONSANTRASYONUNDA ARTMA
	SİLDENAFİL	İLACIN KONSANTRASYONUNDA ARTMA
	DİAZEPAM	SEDATİF ETKİDE ARTMA
	RİSPERİDON	İLACIN KONSANTRASYONUNDA ARTMA
	EBASTİN	VENTRİKÜLER ARİTMİ
	MİDAZOLAM	SEDATİF ETKİDE ARTMA

<Zayi

**HAZIRLAYAN:
BAŞECZACI**

**KONTROL EDEN:
KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ**

**ONAYLAYAN:
BAŞHEKİM**



**ERCIYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK
UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ**

İLAÇ YÖNETİM PROSEDÜRÜ

DOKÜMAN KODU:	İY.PR.01
YAYIN TARİHİ:	EYLÜL 2016
REVİZYON NO:	01
REVİZYON TARİHİ:	KASIM 2018
SAYFA NO:	5 / 9


	DASATİNİB	İLACIN KONSANTRASYONUNDA ARTMA
	TOLVAPTAN	İLACIN KONSANTRASYONUNDA ARTMA
K VİTAMİNİNDEN ZENGİN	WARFARİN	ANTİKOAGÜLAN ETKİ DEĞİŞİMİ
KAHVE	İBANDRONİK ASİT, ETİDRONAT	ETKİ KAYBI
KALSİYUMCA ZENGİN	TETRASİKLİNLER	İLACIN EMİLİMİNDE AZALMA
	RİSEDRONAT SODYUM	İLACIN BİYÖYARALANIMINDA AZALMA VE ÖSEFAGUS İRRİTASYONUNDA ARTMA RİSKİ
	KİNOLONLAR	ETKİNLİKTE AZALMA
	ORAL DEMİR PREPARATLARI	ETKİNLİKTE AZALMA
LİFÇE ZENGİN BESİNLER	LEVODOPA	ETKİ AZALMA RİSKİ
	DİGOXİN	ETKİ AZALMA RİSKİ
TİRAMİNCE ZENGİN BESİNLER (ÇİKOLATA, KAFEİNLİ İÇECEKLER, AVOKADO, M UZ, SOSİS, KONSERVE BALIK)	LİNEZOLİD	HİPERTANSİF KRİZ RİSKİ
	MAO İNHİBİTÖRLERİ	HİPERTANSİF KRİZ
	FURAZOLİDON	HİPERTANSİF KRİZ RİSKİ
	SELEJİLİN	HİPERTANSİF KRİZ RİSKİ
SOYA İÇEREN BESİNLER	TİROİD HORMONLARI	İLAÇ ETKİSİNDE AZALMA

İLAC	İLAC	YORUM
WARFARİN	AMİODARON FLUCONAZOL MİCONAZOL VORİKONAZOL GEMFİBROZİL FENOİBRAT NSAI FLUVASTATİN LOVASTATİN ROSUVASTATİN SİMVASTATİN SULFOMETAKSAZOL+TRİMETOP RİM METRONİDAZOL LEVOTİROKSİN LİOTHYRONİNE SALİSİLATLAR CİPROFLOKSASİN ERİTROMİSİN	WARFARİN KONSANTRASYONUNDA ARTIŞ VE KANAMA RİSKİ
WARFARİN	CARBAMAZEPİN BARBİTÜRATLAR RİFAMPİSİN	ANTİKOAGÜLAN ETKİNİN AZALMASI

**HAZIRLAYAN:
BAŞECZACI**

**KONTROL EDEN:
KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ**

**ONAYLAYAN:
BAŞHEKİM**

	ERCİYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ	DOKÜMAN KODU:	İY.PR.01
		YAYIN TARİHİ:	EYLÜL 2016
	İLAÇ YÖNETİM PROSEDÜRÜ	REVİZYON NO:	01
		REVİZYON TARİHİ:	KASIM 2018
		SAYFA NO:	6 / 9

DİGOKSİN	KİNİDİN KLARİTROMİSİN ERİTROMİSİN İTRAKONAZOL KETOKONAZOL POSAKONAZOL	DİGOXİN SEVİYESİNDE ARTIŞ DİGOXİN TOXİSİTESİ
TEOFİLİN	CİPROFLOXASİN ERİTROMİSİN KLARİTROMİSİN FLUVOKSAMİN SİMETİDİN	TEOFİLİN TOKSİSİTESİ
KARBAMAZEPİN	FLUKONAZOL İTRAKONAZOL KETOKONAZOL ERİTROMİSİN KLARİTROMİSİN	KARBAMAZEPİN TOKSİSİTESİ RİSKİ
METHOTREXAT	PROBENESİD NSAI PENİSİLİN SALİSİLATLAR	METHOTREXAT TOXİSİTESİ
MAO İNHİBİTÖRLERİ	SELEKTİF SEROTONİN REUPTAKE İNHİBİTÖRLERİ	SEROTONİN SENDROMU
MAO İNHİBİTÖRLERİ	SEMPATOMİMETİKLER	HİPERTANSİYON, HİPERPİREKSİ, NÖBET, ARİTMİ
BROMOCRIPTİN	PSÖDOEFEDRİN FENİLEFRİN	HİPERTANSİYON, VENTRİKÜLER TAŞIKARDİ
	İZOMETHEPTEN FENİLPROPANOLAMİN	
POTASYUM KLORÜR	SPİRONOLAKTON	HİPERKALEMİ
SİLDENAFİL	İZOSORBİD DİNİTRAT NİTROGLİSERİN	NİTRATLARIN HİPOTANSİF ETKİSİNDE ARTIŞ
PİMOZİD	DİLTİAZEM RİTONAVİR SİKLOSPORİN VERAPAMİL	VENTRİKÜLER ARİTMİ RİSKİ
ERGO ALKOİDLERİ	TRİPTANLAR	AŞIRI VAZOKONSTRÜKSİYON
ANTİDİYABETİK AJANLAR	BETA BLOKERLER	HİPOGLİSEMİ
LİTYUM	ACE İNHİBİTÖRLERİ NSAI TİAZİDLER	LİTYUM SEVİYESİNDE ARTIŞ
TETRASİKLİNLER	ANTASİDLER BİZMUT ÇİNKO DEMİR SUKRALFAT	TETRASİKLİNLERİN EMİLİMİ AZALIR
ALLOPURİNOL	AZATİOPURİN MERKAPTOPURİN	TOXİSİTE
SİKLOSPORİN SİROLİMUS TAKROLİMUS	BARBİTURATLAR FENİTOİN KARBAMAZEPİN OKSKARBAZİN PRİMİDON RİFAMPİN RİFABUTİN	İMMUNSUPRESANLARIN ETKİNLİĞİ AZALIR
SİKLOSPORİN SİROLİMUS TAKROLİMUS	FLUCONAZOL İTRAKONAZOL KETOKONAZOL	İMMUNSUPRESANLARIN TOXİSİTE RİSKİ ARTAR

6.9. Parenteral İlaçlarda Stabilite ve Geçimsizlik Kontrolü:


6.9.1. Çoklu parenteral ilaç uygulamalarında ilaçların stabilite ve geçimsizlik kontrolleri klinik eczacı tarafından yapılır ve gerekli durumlarda hekim bilgilendirilir. Hastanemizde sıklıkla kullanılan İV ilaçlar hazırlanırken “Parenteral Yolla Kullanılan Antibakteriyel İlaçların Hazırlanma - Uygulama - Saklama Koşulları”, “Parenteral Yolla Kullanılan Antifungal İlaçların Hazırlanma - Uygulama - Saklama Koşulları”, “Parenteral Yolla Kullanılan Antiviral İlaçların Hazırlanma - Uygulama - Saklama Koşulları” listeleri aktif olarak kullanılır.

6.10. Advers Etki Bildirimleri:

6.10.1. Sağlıkta Kalite Standartlarında belirtilen esaslar gereği Üst Yönetim tarafından eczacılardan biri “Hastane Farmakovijilans Sorumlusu” olarak görevlendirilir.

6.10.2. Bu belirlenen eczacının iletişim bilgileri ve mesleki özgeçmişine ait bilgiler TÜFAM ‘a bildirilmiştir.

HAZIRLAYAN: BAŞECZACI	KONTROL EDEN: KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ	ONAYLAYAN: BAŞHEKİM
----------------------------------	---	--------------------------------

 ERCİYES ÜNİVERSİTESİ HASTANELERİ 1975	ERCİYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ	DOKÜMAN KODU:	İY.PR.01
		YAYIN TARİHİ:	EYLÜL 2016
	İLAÇ YÖNETİM PROSEDÜRÜ	REVİZYON NO:	01
		REVİZYON TARİHİ:	KASIM 2018
		SAYFA NO:	7 / 9

6.10.3. İlaç uygulamasından sonra hastada gözlenen beklenmeyen etkilere advers etki denir. Bu etkilerin hemşire veya hekim tarafından tespit edilmesi durumunda hastanın hekimi tarafından “Advers Etki Bildirim Formu” eksiksiz olarak doldurulur ve “Hastane Farmakovijilans Sorumlusuna” gönderilir.

6.10.4. Bu formlar “Farmakovijilans Sorumlusu” tarafından kayıt altına alınır ve TÜFAM’ a posta yolu ile gönderilir.

6.11. İlaç Hata Bildirimleri ve İlaç Yönetimine İlişkin Göstergeler:

6.11.1. İlaç uygulamaları ile ilgili herhangi bir hata ile karşılaşıldığında (yanlış ilaç istenmesi, yanlış ilaç uygulanması, ilacın yanlış yolla uygulanması, ilacın yanlış zamanda uygulanması, eczaneden yanlış ilaç gelmesi, eczaneden ilaçların uygun şartlarda gelmemesi, kayıtların yanlış olması v.s.) ilaç uygulaması devam ediyorsa derhal durdurulur. Hastanın hekimine veya nöbetçi hekime haber verilir ve hekimin istemi doğrultusunda gerekli müdahale yapılır.

6.11.2. Hasta dosyasına durumu belirten gerekli kayıtlar işlenir.

6.11.3. İlaç hatalarında “Güvenlik Raporlama Sistemi Bildirim Formu” doldurularak Kalite Yönetim Birimine bildirimde bulunulur.

6.11.4. Kalite Yönetim Birimi bildirimleri “Hasta Güvenliği Kuruluna” iletir. Kurul bildirimler neden - sonuç ilişkisi açısından değerlendirilir ve iyileştirici faaliyetleri gerçekleştirilir.

6.11.5. İlaç hataları sınıflandırma sistemi kod listeleri her birimde bilgisayar masa üstlerine eklenmiştir.

6.11.6. İlaç yönetimi sürecinde oluşturulan tüm verilerin izlenebilirliği ve sürekliliği sağlanmakta ve tüm aşamalarda kayıtlar tutulmaktadır.

6.11.7. İlaçların güvenli uygulamaları ile ilgili sağlık çalışanlarına hizmet içi eğitimler verilir.

6.12. Yüksek Riskli İlaçların Yönetimi:

Yüksek riskli ilaç listesi belirlenir ve güncellenir. Eczanede kırmızı renkli etiketlerle veya boya ile işaretleme yapılır.

6.13. Eczaneye İade Edilen İlaçlara Yönelik Düzenleme:

6.13.1. Hastalara ilaçlar günlük olarak (tatil günleri için tatil süresince kullanacakları miktar) verilir.

6.13.2. Vefat eden, taburcu olan ve tedavisi değiştirilen hastaların kullanmayacağı ilaçlar klinik sorumlu hemşiresi tarafından Hastane Bilgi Yönetim Sisteminden iade talebi oluşturularak çıktısını alıp, iade edilecek ilaçlarla birlikte hastane eczanesine teslim eder.

6.13.3. İlaçlar ilgili eczacı tarafından kontrol edilerek otomasyon sistemi üzerinden iade talebi onaylanır ve hastanın kaydından düşülür.

6.14. Özel Nitelikli İlaç Grupları:


6.14.1. Yeşil ve Kırmızı Reçeteye Tabii İlaçların Yönetimi;

6.14.1.1. Kırmızı ve Yeşil reçeteye tabii ilaçlar eczane ve depolarda kilitli dolaplarda muhafaza edilir.

6.14.1.2. Hastane deposundan bölümlere narkotik ve psikotrop ilaçlar verilirken sorumlu hemşireye “Narkotik İlaç (Kırmızı - Yeşil Reçete) Teslim Defterine” kaydı yapıldıktan sonra imza karşılığı teslim edilir.

6.14.1.3. Hemşireler teslim aldıkları ilaçları klinik tedavi odalarında bulunan kilitli narkotik ve psikotrop ilaç dolaplarında muhafaza ederler. Hekimin verdiği order doğrultusunda hastalara kullanılacak ilaçlar klinik deposundan hasta hesabına kayıt yapıldıktan sonra kullanılır.

HAZIRLAYAN: BAŞECZACI	KONTROL EDEN: KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ	ONAYLAYAN: BAŞHEKİM
----------------------------------	---	--------------------------------

 ERCİYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ	DOKÜMAN KODU:	İY.PR.01
	YAYIN TARİHİ:	EYLÜL 2016
	REVİZYON NO:	01
	REVİZYON TARİHİ:	KASIM 2018
	SAYFA NO:	8 / 9
İLAÇ YÖNETİM PROSEDÜRÜ		

6.14.1.4. Kullanılan bu ilaçların bilgisayar ortamında kullanım detayları rapor olarak alınır. Bu rapor ilgili hekimler tarafından imzalanarak hastane eczanesine teslim edilir. Hastane eczanesine rapor teslim etmeyen bölümler narkotik ve psiko trop ilaçları alamazlar.

6.14.1.5. Ameliyathane eczanesinde narkotik ve psiko trop ilaçlar kilitli dolaplarda muhafaza edilir. Ameliyat sırasında kullanılacak ilaç isteminde ilgili hekim “Narkotik İlaç Teslim Defterine” kayıt yaptırıp imza ve kaşesini tamamladıktan sonra ilacı eczaneden alabilir.

6.14.2. İlaçların Karışmasını Engellemeye Yönelik Düzenlemeler;

6.14.2.1. İlaç isimleri yazılırken kısaltma yapılmamalıdır.

6.14.2.2. “İsmi ve Söylenişi Benzer İlaç Listesinde” yer alan ilaçlar eczanede ve birimlerde depolanırken raflarda yan yana bulundurulmaz. Aynı ilacın iki farklı dozları arasında ambalaj benzerliği varsa bunlar da yan yana bulundurulmazlar. Eczane ve kliniklerde yazılışları ve okunuşları benzer ilaç listeleri bulunur ve aktif olarak kullanılır.

6.14.3. Pediatrik Dozda Kullanılacak İlaçlara Yönelik Tedbirler;

4.14.3.1. Acil kullanılabilecek pediatrik ilaçların kilograma göre dozlarının bulunduğu “Acil Pediatrik İlaç Kullanım Dozları Formu” birimlerde bulundurulurken çalışanlar bilgilendirilir.

6.14.4. Acil İlaçların Yönetimi:

6.14.4.1. Acil müdahale setinde bulunması gereken ilaçlar ilgili bölüm tarafından belirlenir ve merkez eczaneden ilaçlar temin edilir.

6.14.4.2. Acil müdahale setinde bulunan ilaçların minimum maksimum ve kritik stok seviyeleri bölüm sorumluları tarafından kendi ihtiyaçları doğrultusunda belirlenir.

6.14.4.3. Birimlerde acil ilaç ve malzemelerin miad ve miktar kontrolü birim sorumluları tarafından belirli aralıklarla yapılır.

6.14.5. Akılcı İlaç Uygulamaları:

6.14.5.1. Hastanemizde “Akılcı İlaç Kullanımından” sorumlu bir kurul oluşturulmuştur.

6.14.5.2. Konu ile ilgili çalışanlara eğitimleri ekip üyeleri tarafından verilir.

6.14.5.3. Yatan hastaların “Akılcı İlaç Kullanımı” hakkındaki eğitimleri hastanın hemşiresi tarafından verilir.

6.14.5.4. Hastane girişlerinde, bekleme alanlarında, klinik bankolarında “Akılcı İlaç Kullanımı” ile ilgili Sağlık Bakanlığının hazırladığı standart afiş ve broşürler sergilenir.


6.14.6. İlaç Atıklarının ve Son Kullanım Tarihi Geçmiş İlaçların İmhasına ve Uygun Şartlarda Bertaraf Edilmesine Yönelik Düzenleme:

6.14.6.1. Miadı geçen ilaçlar değişim veya imhasına kadar eczane ana depoda kırmızı etiketli miadı geçen ilaç alanında muhafaza edilir.

6.14.6.2. İhale ile temin edilen ilaçların miadının dolmasına 3 ay kala ilgili depolara ihale şartnamesi gereği miat değişim yazısı gönderilir. Miadı dolan ilaçlar değişim için ilgili depoya gönderilir ve değişim yapılır.

6.14.6.3. Değişim yapılamayan miadı dolmuş ilaçlar “İlaç Tıbbi Malzeme Komisyonuna” yazılı olarak bildirilir. Kuruldan çıkan karar doğrultusunda bir kısmı Tıp Eğitimi amacıyla kullanılır.

HAZIRLAYAN: BAŞECZACI	KONTROL EDEN: KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ	ONAYLAYAN: BAŞHEKİM
--	---	--------------------------------------

 ERCİYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ	DOKÜMAN KODU:	İY.PR.01
	YAYIN TARİHİ:	01
	REVİZYON NO:	KASIM 2018
	REVİZYON TARİHİ:	00
	SAYFA NO:	9 / 9
İLAÇ YÖNETİM PROSEDÜRÜ		

6.14.6.4. İmhasına karar verilen ilaçlar için Başeczacı tarafından “Çevre Yönetim Birimi”ne yazılı başvuru yapılır ve ilaçların imhası sağlanır.

6.14.6.5. Hastaya tam doz kullanılmayan narkotik ve psiko trop ilaçların artık dozları sorumlu hemşire tarafından “Zayı İlaç Formu” doldurularak hastane eczanesinde gönderilir. Bu artık dozlar belirli aralıklarla eczacı tarafından imha edilmek üzere tutanakla “Çevre Yönetim Birimine” gönderilir.

6.14.7. Aşı ve Antiserum Yönetimi:

6.14.7.1. Merkezimizde Personel Sağlığı ve Erişkin Aşılama Polikliniği, Büyük Acil Servisi, Sosyal Pediatri Polikliniği ve Yenidoğan Kliniğinde “Sağlık Bakanlığı Aşı Takip Sistemi” bulunmakta ve aşı yapılmaktadır.

6.14.7.1.2. İlgili birimlerin aşı ihtiyacı yazılı olarak Başhekimliğe bildirilir. Aşılar görevlendirilen kişi tarafından istek yazısı ile İl Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Biriminden “Aşı ve Antiserum Tutanağı” ile teslim alınır ve istekte bulunan birime teslim edilir.

6.14.7.1.3. “Sağlık Bakanlığı Aşı Takip Sistemi” tarafından, gönderilen aşıların stok bilgileri ve ısı takipleri merkezi olarak yapılır.

6.14.7.1.4. Aşılar ilgili birimler tarafından aşı takvimine ve gerekli durumlarda hekim tavsiyesine göre hastalara uygulanır. “Sağlık Bakanlığı Aşı Takip Sistemi” üzerinden barkod okutularak stop düşümü yapılır.

6.14.7.1.5. Ay sonunda uygulanan aşılarla ilgili veriler “Tıbbi İstatistik Birimine” gönderilir.

7. İLGİLİ DOKÜMANLAR:

- 7.1. Muayene Kabul Komisyon Tutanağı
- 7.2. Taşınır İstek Fişi
- 7.3. Buzdolabı Isı Takip Formu
- 7.4. Isı - Nem Takip Formu
- 7.5. Işıktan Korunacak İlaç Listesi
- 7.6. Hemşirelik Hizmetleri Hasta Ön Değerlendirme Formu
- 7.7. Güvenlik Raporlama Sistemi Bildirim Formu
- 7.8. Sözlü ve Telefonla Hekim Talimatları Formu
- 7.9. Yüksek Riskli İlaçlar Listesi Formu
- 7.10. İsmi ve Söylenişi Benzer İlaç Listesi
- 7.11. Parenteral Yolla Verilen İlaçların Hazırlama / Uygulama / Saklama Koşulları Listesi
- 7.12. Hemşire Gözlem - Sıvı İzlem Formu
- 7.13. Order Formu
- 7.14. Narkotik İlaç (Kırmızı - Yeşil Reçete) Teslim Defteri
- 7.15. Acil Pediatrik İlaç Kullanım Dozları Formu
- 7.16. Advers Etki Bildirim Formu
- 7.17. Akılcı İlaç Kullanım Afiş ve Broşürleri
- 7.18. Parenteral Yolla Kullanılan Antibakteriyel İlaçların Hazırlanma - Uygulama - Saklama Koşulları
- 7.19. Parenteral Yolla Kullanılan Antifungal İlaçların Hazırlanma - Uygulama - Saklama Koşulları
- 7.20. Parenteral Yolla Kullanılan Antiviral İlaçların Hazırlanma - Uygulama - Saklama Koşulları
- 7.21. Enfeksiyon Kontrol Programı Kitabı
- 7.22. Zayı İlaç Formu
- 7.23. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği
- 7.24. Sağlıkta Kalite Standartları
- 7.25. Sağlık Hizmeti Kalitesinin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik

HAZIRLAYAN: BAŞECZACI	KONTROL EDEN: KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ	ONAYLAYAN: BAŞHEKİM
--	---	--------------------------------------