 ERCİYES ÜNİVERSİTESİ HASTANELERİ 1975	ERCİYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ	DOKÜMAN KODU:	İY.TL.01
		YAYIN TARİHİ:	OCAK 2014
	İLAÇ GÜVENLİĞİ VE GÜVENLİ İLAÇ UYGULAMALARI TALİMATI	REVİZYON NO:	03
		REVİZYON TARİHİ:	TEMMUZ 2019
		SAYFA NO:	1 / 4

1. AMAÇ: Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinde tedavi edilen hastaların tedavilerinde kullanılacak olan tüm ilaçların temininden saklanmasına, uygulamasına ve uygulama sonrası izlemine kadar her aşamada güvenli ilaç kullanımını sağlamak amacıyla yapılan düzenlemeleri ve standart önlemleri uygulamaktır.

2. KAPSAM: Bu talimat Tüm Birimleri kapsar.

3. KISALTMALAR:

HBYS: Hastane Bilgi Yönetim Sistemi

TÜFAM: Türkiye Farmakovijilans Merkezi

4. TANIMLAR:

5. SORUMLULAR: Tüm Sağlık Çalışanları.

6. FAALİYET AKIŞI:

6.1. İlaçların Temini:

6.1.1. Hastanemizde kullanılan ilaçların yıllık tüketim miktarları HBYS verileri ile tespit edilerek ilaç ve serum ihale listeleri oluşturulur. Yapılan ihalelerle ilaçlar temin edilir. Bunun dışında ihale yolu ile temin edilemeyen ilaçlar ve bölümlerden gelen ilaç istekleri “İlaç ve Tıbbi Malzeme Kurulunda” görüşülerek doğrudan temin yöntemi ile temin edilir. 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 yapılır. “Muayene Kabul Komisyon Tutanağı” ve “Taşınır İstek Fişi” oluşturularak ödeme için imzaya sunulur.

6.1.2. Kliniklerde günlük hekim tarafından order edilen ilaçlar, klinik sorumlu hemşiresi tarafından HBYS üzerinden istekte bulunulur. Order çıktısı alınarak hekim imzası ile hastane eczanesine gönderilir. Orderda Uzman onayı, U - 72, EHU ve Anestezi Uzmanı kapsamında olan ilaçlar ilgili hekimler tarafından HBYS üzerinden onaylanır. Gerekli incelemeler eczacı tarafından yapıldıktan sonra ilaç istekleri HBYS üzerinden onaylanır. Onaylanan ilaçlar günlük olarak hasta bazında hazırlanarak klinik görevlilerine imza karşılığı teslim edilir.

6.2. İlaçların Saklanması:

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.

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 2 - 8°C santigrat derece soğuk hava deposunda muhafaza edilir. Soğuk hava deposu sıcaklığı 2 - 8°C dışına çıktığı zaman ilgili sağlık çalışanına haber verecek uyarı sistemi olmalıdır. Diğer eczane ve depolarda soğuk zincir koşullarında saklanması gereken ilaçlar ısısı kalibre ısıölçerlerle izlenen buzdolaplarında muhafaza edilir.

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 “Oda 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.

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

6.2.7. Işıktan korunması gereken ilaçlar belirlenmeli ve bu ilaçlar gerekli tedbirler alınarak muhafaza edilmelidir. Eczane depolarında ve klinik depolarında "Işıktan Korunacak İlaç Listesi" aktif olarak kullanılmalıdır.

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

	ERCİYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ	DOKÜMAN KODU:	İY.TL.01
		YAYIN TARİHİ:	OCAK 2014
İLAÇ GÜVENLİĞİ VE GÜVENLİ İLAÇ UYGULAMALARI TALİMATI	REVİZYON NO:	03	
	REVİZYON TARİHİ:	TEMMUZ 2019	
	SAYFA NO:	2 / 4	

6.3 Birimlerde İlaç Yönetimi:

6.3.1. Hastanın Beraberinde Getirdiği İlaçların Yönetimi;

6.3.1.1. Hastanın kliniğe yatış kabulünde hemşire tarafından hastaya yanında ilaç getirip getirmediği sorulur. Eğer ilaç varsa maid kontrolü yapılarak “Yetişkin Hastalar İçin Hemşirelik Hizmetleri Hasta Ön Değerlendirme Formu” ve “Bebek ve Çocuk Hastalar İçin (0-17 Yaş) Hemşirelik Hizmetleri Hasta Ön Değerlendirme Formuna” kaydedilip “Ürün Teslim Etiketleri” doldurularak teslim alınır. Hastanede yattığı süre boyunca ilaçları kullanması gerekiyorsa hekim talimatına eklenmesi sağlanıp hemşire tarafından uygulanır. Teslim alınan ilaçların miadı geçmişse hastaya haber verilerek imha edilir. Hastanın yanında bulunan ilaçlar hasta yanında bırakılmaz. Ancak kişiye özel kullanımı olan ilaçlar (puff, burun spreyi, hastaya özel kremler vb.) hasta yanında bulundurulur. Hasta taburcu olurken kullandığı ilaçlar hastaya teslim edilir.

6.3.2. Hastanın Yatış Sürecinde Kullanmaya Devam Edeceği İlaçların Yönetimi;

6.3.2.1. Hastanın kullanacağı ilaçlar, hekim tarafından elektronik ortamda order verilir. Çıktısı alınıp, kaşe ve imzalandıktan sonra hastane eczanesine gönderilir ve daha sonra tedavi planına eklenir. İlaç istekleri Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) üzerinden klinik hemşireleri tarafından yapılır. Tedavi planında ilacın tam adı (kısaltma kullanılmadan), uygulama şekli, uygulama dozu ve veriliş süresi yer almalıdır. İlaç ve Tıbbi Malzeme reçetelenmesi ve order edilmesi işlemi sadece hekimler tarafından yapılır.

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

6.3.2.3. 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.

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

6.3.2.5. Hemşireler ilaç uygulaması yaparken mutlaka; hasta bilekliği-hemşire gözlem kâğıdı ve hastanın şuru açık ise seslenerek kimlik doğrulama işlemi yapılmalıdır. İlaç hazırlanırken ve verilirken doğru doz, doğru ilaç, doğru hasta, doğru yol, doğru form, doğru zaman, doğru kayıt işlemleri için gerekli kontrollerin yapılması gerekmektedir. İlaç hazırlama işleminde “Parenteral Yolla Verilen İlaçların Hazırlama / Uygulama / Saklama Koşulları Listeleri” aktif olarak kullanılmalıdır.

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

6.3.2.7. İlaç uygulama saatleri uygulayan kişinin ismi “Hemşire Gözlem - Sıvı İzlem Formuna” kaydedilir.

6.3.2.8. Hemşireler eczaneden gelen tüm ilaçları sayarak ve kontrol ederek teslim alırlar.

6.3.2.9. Tedavisi durdurulan veya değiştirilen hastaların eczaneden gelmiş olan ilaçları klinik sorumlu hemşiresi tarafından Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) üzerinden iade isteği oluşturularak hastane eczanesine iade edilir.

6.3.2.10. Yatış sırasında mutlaka ilaç ve gıda alerjisi sorgulaması yapılır. “Hemşirelik Hizmetleri Hasta Ön Değerlendirme Formuna” kaydedilir.


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

6.3.2.12. 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.

6.3.3. Hastanın Taburcu Olduktan Sonraki Süreçte Kullandığı İlaçların Yönetimi;

6.3.3.1. Taburculuk esnasında hastaya kullanacağı ilaçlar ve tıbbi malzemelerle ilgili eğitim verilir, kaydedilir.

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

	ERCİYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ	DOKÜMAN KODU:	İY.TL.01
		YAYIN TARİHİ:	OCAK 2014
İLAÇ GÜVENLİĞİ VE GÜVENLİ İLAÇ UYGULAMALARI TALİMATI	REVİZYON NO:	03	
	REVİZYON TARİHİ:	TEMMUZ 2019	
	SAYFA NO:	3 / 4	

6.3.3.2. Hasta taburcu ve / veya exitus olduktan sonra kalan ilaçlar klinik sorumlu hemşiresi tarafından Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) üzerinden iade isteği oluşturularak hastane eczanesine teslim edilir.

6.3.4. Yeşil ve Kırmızı Reçeteye Tabii İlaçların Yönetimi;

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

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

6.3.4.3. 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.

6.3.4.4. 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 psikotrop ilaçları alamazlar.

6.3.4.5. Ameliyathane eczanesinde narkotik ve psikotrop 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.

6.3.5. İlaçların Karışmasını Engellemeye Yönelik Düzenlemeler;

6.3.5.1. İlaç isimleri yazılırken kısaltma yapılmamalıdır.

6.3.5.2. “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.

6.3.6. Pediatrik Dozda Kullanılacak İlaçlara Yönelik Tedbirler;

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

6.3.7. Acil İlaçların Yönetimi:

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

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

6.3.7.3. Bölümlerde acil ilaç ve malzemelerin miad ve miktar kontrolü bölüm sorumluları tarafından belirli aralıklarla yapılır.

6.3.8. İlaç Güvenliği İle İlgili Hataların Gerçekleşmesi Durumunda Yapılacaklar:

6.3.8.1. İlaç uygulamaları ile ilgili herhangi bir hata olduğunda (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. Hekimin istemi doğrultusunda gerekli işlemler yapılır.

6.3.8.2. Hasta dosyasına durumu belirten gerekli kayıtlar yapılır.

6.3.8.3. Hatayı fark eden sağlık çalışanı tarafından gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyet başlatılır.

6.3.9. Advers Etki Bildirimi:


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

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

6.3.9.3. 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.

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

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

	ERCİYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ	DOKÜMAN KODU:	İY.TL.01
		YAYIN TARİHİ:	OCAK 2014
	İLAÇ GÜVENLİĞİ VE GÜVENLİ İLAÇ UYGULAMALARI TALİMATI	REVİZYON NO:	03
		REVİZYON TARİHİ:	TEMMUZ 2019
		SAYFA NO:	4 / 4

6.3.10. Akılcı İlaç Uygulamaları:

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

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

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

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

6.3.11. Miadı Geçen İlaç Uygulaması:

6.3.11.1. Hastane eczanesine gelen ilaçların miadları fatura girişi esnasında HBYS’ye kayıt edilir. Bu kayıtlara göre HBYS sistemi her açıldığında kullanıcıya miadı yaklaşan ilaçlar listesi otomatik olarak açılır. Sorumlu eczacı hem HBYS üzerinden hem de ayda bir kez olmak üzere manuel olarak miad kontrolü yaparak gerekli işlemleri başlatır.

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

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

6.3.11.4. Miadı dolmuş ilaçlar eczacı tarafından “Zayi İlaç Formu” doldurularak Çevre Yönetim Birimine gönderilerek imhası sağlanır.

6.3.11.5. Kliniklerde miadı dolan ilaçlar için en az 2 (iki) sağlık çalışanı tarafından imzalanmış “Zayi İlaç Formu” ilaçlarla birlikte hastane eczanesine gönderilir. Burada usulüne uygun olarak imhası sağlanır.

7. İLGİLİ DOKÜMANLAR:

- 7.1. Muayene Kabul Komisyon Tutanağı
- 7.2. Taşınır İstek Fişi
- 7.3. Buzdolabı Isı Takip Formu
- 7.4. Oda Isı - Nem Takip Formu
- 7.5. Işıktan Korunacak İlaç Listesi
- 7.6. Yetişkin Hastalar İçin Hemşirelik Hizmetleri Hasta Ön Değerlendirme Formu
- 7.7. Bebek ve Çocuk Hastalar İçin (0-17 Yaş) Hemşirelik Hizmetleri Hasta Ön Değerlendirme Formuna”
- 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. Zayi İlaç Formu
- 7.18. Akılcı İlaç Kullanım Afiş ve Broşürleri
- 7.19. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği
- 7.20. Sağlıkta Kalite Standartları
- 7.21. Sağlık Hizmeti Kalitesinin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik

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