

	ERCIYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ	DOKÜMAN KODU:	İY.TL.01
		YAYIN TARİHİ:	OCAK 2014
	GÜVENLİ İLAÇ UYGULAMALARI TALİMATI	REVİZYON NO:	03
		REVİZYON TARİHİ:	EKİM 2022
		SAYFA NO:	1 / 5

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

2. KAPSAM: Bu talimat ilaç uygulaması yapılan Tüm Birimleri kapsar.

3. KISALTMALAR:

HBYS : Hastane Bilgi Yönetim Sistemi
TÜFAM : Türkiye Farmakovijilans 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 türevi, 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 Hemşireler.

6. FAALİYET AKIŞI:

6.1. İlaçların Temini:

6.1.1. Kliniklerde günlük hekim tarafından order edilen ilaçlar, klinik hemşiresi tarafından Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) üzerinden istekte bulunulur. Order çıktısı alınarak hekim imzası ile hastane eczanesine gönderilir. Orderde uzman olayı EHU ve anestezi uzmanı kapsamında olan ilaçlar ilgili hekimler tarafından Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) üzerinden onaylanır. Gerekli incelemeler eczacı tarafından yapıldıktan sonra ilaç istekleri Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) üzerinden onaylanır. Onaylanan ilaçlar günlük olarak hasta bazında hazırlanarak klinik görevlilerine imza karşılığı teslim edilir.

6.2. İlaçların Muhafazası:

6.2.1. Tüm ilaçlar mümkün olduğunca orijinal ambalajlarında saklanır.

6.2.2. Yerleştirme ilk gelen ilk çıkar kuralına uygun olarak ve özellikle ilaçların miyadlarına dikkat edilerek yapılır.

6.2.3. Soğuk zincir koşullarında saklanması gereken ilaçlar kliniklerde 2 - 8⁰ C ısısı kalibre ısıtölçerlerle izlenen buzdolaplarında muhafaza edilir.

6.2.4. İlaçların muhafaza edildiği tedavi odalarının ısı ve nem düzeyleri kalibre ısı ve nemölçerler aracılığı ile izlenir ve klinik hemşireleri tarafından "Buzdolabı Isı Takip Formu" ve "Oda Isı - Nem Takip Formu" ile kayıt altına alınır. Aksi belirtilmediği sürece tüm ilaç ve serumlar maksimum 25⁰ C ve % 40 - 60 nem düzeyinde muhafaza edilir.

6.2.5. 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: BAŞHEMŞİRE	KONTROL EDEN: KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ	ONAYLAYAN: BAŞHEKİM
---	---	--------------------------------------

	ERCIYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ	DOKÜMAN KODU:	İY.TL.01
		YAYIN TARİHİ:	OCAK 2014
	GÜVENLİ İLAÇ UYGULAMALARI TALİMATI	REVİZYON NO:	03
		REVİZYON TARİHİ:	EKİM 2022
		SAYFA NO:	2 / 5

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 miad 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” kaydedilir.

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

6.3.1.3. Teslim alınan ilaçların miadı geçmişse hastaya haber verilerek imha edilir.

6.3.1.4. Hastanın yanında bulunan ilaçlar hasta yanında bırakılmaz. Ancak kişiye özel kullanımı olan ilaçlar (puff, burun spreyi, hastaya özel kremler vb.) hasta yanında bulundurulur.

6.3.1.5. Hasta taburcu olurken kullandığı ilaçlar hastaya teslim edilir ve “Hemşirelik Hizmetleri Hasta Ön Değerlendirme Formunda” belirtilen iade kısmı doldurulur.

6.3.1.6. Hastane eczanesinde bulunmayıp serbest eczanelerden hasta adına temin edilen ilaçlar içinde aynı uygulama geçerlidir.

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 verilme 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 (yirmi dört) 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 Listesinde” 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 şuuru açık ise seslenerek kimlik doğrulama işlemi yapmalıdır. 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 Kullanılan Antibakteriyel ilaçların Hazırlanma-Uygulanma-Saklanma Koşulları
- Parenteral Yolla Kullanılan Antifungal İlaçların Hazırlanma-Uygulanma-Saklama Koşulları
- Parenteral Yolla Kullanılan Antiviral İlaçların Hazırlanma-Uygulanma-Saklanma Koşulları Listeleri” aktif olarak kullanılmaktadır.

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 eczanedan gelen tüm ilaçları sayarak ve kontrol ederek teslim alırlar.

6.3.2.9. Tedavisi durdurulan veya değiştirilen hastaların eczanedan gelmiş olan ilaçları klinik hemşiresi veya sorumlu hemşire 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. 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.

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

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

	ERCIYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ	DOKÜMAN KODU:	İY.TL.01
		YAYIN TARİHİ:	OCAK 2014
	GÜVENLİ İLAÇ UYGULAMALARI TALİMATI	REVİZYON NO:	03
		REVİZYON TARİHİ:	EKİM 2022
		SAYFA NO:	3 / 5

6.3.4. Yeşil ve Kırmızı Reçeteye Tabii İlaçların Yönetimi;

6.3.4.1. 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.

6.3.4.2. 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.

6.3.5. İlaçların Karışmasını Engellemeye Yönelik Düzenlemeler;

6.3.5.1. İlaç isimleri yazılırken kısaltma yapılmamalıdır.

6.3.5.2. “İsmi, Söylenişi ve Görünüşü 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 kullanılabilecek 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 vb.) ilaç uygulaması devam ediyorsa derhal durdurulur. Hastanın hekimine veya nöbetçi hekime haber verilir.

6.3.8.2. Hekimin istemi doğrultusunda gerekli işlemler yapılır ve “İstenmeyen Olay Bildirim Formu” doldurularak ilgili birimlere gönderilir.

6.3.8.3. Hasta dosyasına durumu belirten gerekli kayıtlar yapılır.

6.3.8.4. 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. 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.

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

6.4. İlaç Uygulamaları:

6.4.1. Hastaya yapılan ilaçla ilgili herhangi bir yan etkinin gelişip gelişmediği takip edilir.

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

6.4.3. 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 Kullanılan Antibakteriyel ilaçların Hazırlanma-Uygulanma-Saklanma Koşulları
- Parenteral Yolla Kullanılan Antifungal İlaçların Hazırlanma-Uygulanma-Saklama Koşulları

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

	ERCIYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ	DOKÜMAN KODU:	İY.TL.01
		YAYIN TARİHİ:	OCAK 2014
	GÜVENLİ İLAÇ UYGULAMALARI TALİMATI	REVİZYON NO:	03
		REVİZYON TARİHİ:	EKİM 2022
		SAYFA NO:	4 / 5

- ° Parenteral Yolla Kullanılan Antiviral İlaçların Hazırlanma-Uygulama-Saklanma Koşulları Listeleri” aktif olarak kullanılmaktadır.
- 6.4.4.** İlaçlar hastaya özel hazırlanır. Enjektöre çekilen ilaçların isimleri, dozları ve hazırlanma tarihi, saati yazılır. Hastaya uygulanacak mayiler etiketlenir.
- 6.4.5.** İlaç uygulama saatleri uygulayan kişinin ismi “Hemşire Gözlem - Sıvı İzlem Formuna” kaydedilir.
- 6.4.6.** Hemşireler eczaneden gönderilen tüm ilaçları sayarak ve kontrol ederek teslim alırlar.
- 6.4.7.** Yatış sırasında mutlaka ilaç ve gıda alerjisi sorgulanması yapılır. “Hemşirelik Hizmetleri Hasta Ön Değerlendirme Formuna” kaydedilir.
- 6.4.8.** Hemşirelik kayıtlarında; ilaç adı, dozu, uygulama yolu, uygulama zamanı ve süresi ile uygulamanın kim tarafından gerçekleştirildiğine dair bilgiler yer alır.
- 6.4.9.** Uygulama öncesi ilaç şişesinin üstü, ilacın adının ve dozunun doğruluğu açısından üç kez kontrol edilir (İlacı kadehe koyarken, şişeyi raftan alırken, ilaç şişesini rafa koyarken). İlaç hazırlanırken dikkatin dağılmaması için bu işlem sakın ve aydınlık bir ortamda yapılır.
- 6.4.10.** Hastada görülen advers etkiler hekim veya hemşire tarafından “Advers Etki Bildirim Formu” doldurularak kayıt altına alınır ve Farmakovijilans Sorumlusuna bildirim yapılır.
- 6.4.11.** Taburculuk esnasında hastaya kullanacağı ilaçlar ve tıbbi malzemelerle ilgili eğitim verilir ve kayıt altına alınır.
- 6.4.12.** İlaçlar kapalı kaplarda ve kişiye özel hazırlanır, kaplarda hastaların kimlik tanımlayıcı bilgileri yer alır.
- 6.4.13.** Hasta ilaç uygulama sürecinin aktif bir parçası olarak kabul edilerek güvenli ilaç kullanımını konusunda eğitilir; endişeleri açıklanarak soru sorma konusunda cesaretlendirilir. İlaç ve besin etkileşimi konusunda bilgilendirilir.
- 6.4.14.** Göze ilaç damlatılması için erişkinlerin yukarıya bakmaları istenir ve alt göz kapağı aşağıya çekilip oluşan keseye damlatılır. Nazolakrimal kanaldan sistemik dolaşıma geçmesinin önlenmesi için (atropin) bazen gözün iç köşesine bası yapılır.
- 6.4.15.** Çocukların gözüne damlatmak için göz zorla açılmaz, ilacı gözün köşesine damlatmak da yeterli olur.
- 6.4.16.** Kulak damlaları avuç içinde ısıtılarak kullanılır, aksi takdirde çok ağrı yapabilir.
- 6.4.17.** Kulak damlasının ulaşması için erişkinlerde kullandıktan sonra kulak kepeci yukarı, çocuklarda dışa doğru çekilir.
- 6.4.18.** Burun damlası, temiz buruna sırt üstü pozisyonda baş iyice geri çekildikten sonra uygulanır ve birkaç dakika böyle kalınmalıdır.
- 6.4.19.** Enjeksiyon uygulamada aseptik kurallara mutlaka uyulur. Hazırlık sırasında enjektör ve ilacı kontamine etmemeye dikkat edilir, derinin dezenfeksiyonu sağlanır.
- 6.4.20.** IM enjeksiyon için hastaya doğru pozisyon vermek ve doğru bölgeye ilacı uygulamak çok önemlidir. Gergin kasa enjeksiyon yapmak ağrı verir.
- 6.4.21.** IM ve subkutan enjeksiyonlar sırasında iğnenin damarda olmadığından emin olunmalıdır. Yine ilaç doku içine verilirken yavaş yavaş verilmelidir. Bu hem ağrıyı azaltır, hem de ilacın doku içine yayılımını ve emilimini kolaylaştırır. Çok miktarda ilaç, ağrı yapar ve yerel doku yıkımı yapabilir. Bu nedenle her bölgeye yapılabilecek ilaç miktarı bilinmelidir (Deltoid kas 1cc; gluteal bölge 5 cc; vastus lateralis 1 - 4 cc gibi).
- 6.4.22.** IV enjeksiyonların uygulanma sırasında iğnenin damarda olup olmadığına dikkat edilir. İlacın özelliğine göre erken komplikasyonlar gözlenir.
- 6.4.23.** Aerosollar iyice çalkalandıktan sonra, öksürükle balgamı çıkarılmış hava yoluna uygulanmalıdır.
- 6.4.24.** Süpozitivar ve vajinal ovüller buzdolabında saklanıp, mutlaka uygun pozisyonlarda ısıtılarak uygulanmalı ve bu pozisyonda birkaç dakika kalınmalıdır.
- 6.4.25.** Doku tahriş edici veya büyük hacimli ilaçların sc verilmesi o bölgede nekroz, ağrı ve abselere neden olabileceğinden bu hususlara dikkat edilmeli ve her enjeksiyonda bölgeler sırayla değiştirilmelidir.
- 6.4.26.** Sinir ve kemiklere zarar vermemek için, enjeksiyonlar anatomik olarak sınırlardan uzak güvenli bölgelere yapılmalıdır. Ayrıca irritasyon, inflamasyon ve enjeksiyon olan bölgeler kullanılmamalıdır. Skar dokusu ve ödemli dokulara da enjeksiyon yapılmaz. Aksi halde doku yıkımı arttığı gibi verilen ilacın emilimi de yetersiz olur.
- 6.4.27.** Miat kontrolleri tüm birimlerde aylık olarak yapılır ve servis ilaç ve sarf kontrol formuna kayıt edilir.
- 6.4.28.** Acil arabasında bulunan ilaçların kontrolleri günlük yapılır ve “Acil Arabası İlaç ve Malzeme Takip - Kontrol Defterine” kaydedilir.
- 6.4.29.** İlaçların bozulmasını engellemek için, ilaçların saklandığı oda ve soğutucuların ısısı sürekli kontrol edilerek oda ısısının 25° C'nin altında, buzdolabında ısısının 2 - 8° C olması sağlanır ve sıcaklık takip formuna kaydedilir.
- 6.4.30.** İlaç uygulanması sonrasında hastaların klinik durumu izlenir, gelişen reaksiyonlar ve istenmeyen olaylar kayıt altına alınır.

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

	ERCIYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ	DOKÜMAN KODU:	İY.TL.01
		YAYIN TARİHİ:	OCAK 2014
	GÜVENLİ İLAÇ UYGULAMALARI TALİMATI	REVİZYON NO:	03
		REVİZYON TARİHİ:	EKİM 2022
		SAYFA NO:	5 / 5

6.4.31. Özellikle herhangi bir ilacın ilk kullanımından sonra ve riskli ilaçların uygulanması sonrasında hastalar, gelişebilecek yan etkiler ve reaksiyonlar açısından daha dikkatli şekilde izlenmelidir.

6.5. Yarım Kalan İlaç Dozlarının Yönetimi:

6.5.1. Hekimin verdiği order doğrultusunda **hasta adına** istenen ilaçların ,yarım doz kalması halinde ,ilacın üzerinde;

- *Hastanın Adı /Soyadı
- *İlacın Adı
- *Hazırlama Tarih /Saati
- *1 cc deki miktarı

Yukarıda belirtilen bilgileri içerecek şekilde etiketleme yapıp, bölümün belirlediği yerde;

- ‘Prospektüs’ bilgileri ve /veya,
- Parenteral Yolla kullanılan Antibakteriyel ilaçların Hazırlanma-Uygulanma-Saklanma Koşulları,
- Parenteral Yolla Kullanılan Antifungal İlaçların Hazırlanma-Uygulanma-Saklama Koşulları,
- Parenteral Yolla Kullanılan Antiviral İlaçların Hazırlanma-Uygulanma-Saklanma Koşulları,

Listesi’ne göre muhafaza edilir. Nöbet değişimlerinde teslim alınır, verilir.

6.5.2. Saklama koşulları açısından sulandırıldıktan, açıldıktan ve/veya hazırlandıktan sonra etki ve özellikleri bakımından tedavide kullanılması uygun olmayan yada saklama süresi dolan yarım doz ilaçlar için ;‘Yarım Doz ilaç İmha Tutanağı’; 2 nüsha halinde doldurulur ,bir nüshası Klinik Sorumlu Hemşiresinde kalır ,diğer nüshası Eczaneye gönderilir.

6.5.3. Aynı flakon ,ampul içinden alınan ilaç dozları hemşirenin sorumluluğundadır

6.6. Miadı Dolan İlaçların Yönetimi:

6.6.1. Miadının dolmasına 3 (üç) ay kalan ilaçlar değişim için eczaneye gönderilir ve değişimi yapılır.

6.6.2. Miadı dolmuş ilaçlar hemşire tarafından “Zayi İlaç Formu” doldurulur, atık yönetimine uygun olarak ayrıştırılarak imhası sağlanır.

6.6.3. Kliniklerde miadı dolan ve tam doz kullanılmayan **Narkotik ve Psikotrop İlaçların** artık dozları sorumlu hemşire tarafından “**Zayi İlaç Formu**” doldurularak en az 2 (iki) sağlık çalışanı imzası ile imha edilir, form hastane eczanesine gönderilir.

7. İLGİLİ DOKÜMANLAR:

- 7.1. Buzdolabı Isı Takip Formu
- 7.2. Oda Isı - Nem Takip Formu
- 7.3. Işıktan Korunacak İlaç Listesi
- 7.4. Yetişkin Hastalar İçin Hemşirelik Hizmetleri Hasta Ön Değerlendirme Formu
- 7.5. Bebek ve Çocuk Hastalar İçin (0 -17 Yaş) Hemşirelik Hizmetleri Hasta Ön Değerlendirme Formuna’
- 7.6. Sözlü ve Telefonla Hekim Talimatları Formu
- 7.7. Yüksek Riskli İlaçlar Listesi Formu
- 7.8. İsmi, Söylenişi ve Görünüşü Benzer İlaç Listesi
- 7.9. Yarım Doz İlaç İmha Tutanağı
- 7.10. Parenteral Yolla Kullanılan Antibakteriyel ilaçların Hazırlanma-Uygulanma-Saklanma Koşulları
- 7.11. Parenteral Yolla Kullanılan Antifungal İlaçların Hazırlanma-Uygulanma-Saklama Koşulları
- 7.12. Parenteral Yolla Kullanılan Antiviral İlaçların Hazırlanma-Uygulanma-Saklanma Koşulları
- 7.13. Hemşire Gözlem - Sıvı İzlem Formu
- 7.14. Order Formu (Otomasyon Ortamında)
- 7.15. Narkotik İlaç (Kırmızı - Yeşil Reçete) Teslim Defteri
- 7.16. Acil Pediatrik İlaç Kullanım Dozları Formu
- 7.17. Advers Etki Bildirim Formu
- 7.18. Zayi İlaç Formu
- 7.19. Acil Arabası İlaç ve Malzeme Takip - Kontrol Defteri
- 7.20. Akılcı İlaç Kullanım Afiş ve Broşürleri
- 7.21. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği
- 7.22. Sağlıkta Kalite Standartları
- 7.23. Sağlık Hizmeti Kalitesinin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik

HAZIRLAYAN:
BAŞHEMŞİRE

KONTROL EDEN:
KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ

ONAYLAYAN:
BAŞHEKİM