

	<b>ERCIYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ</b>	<b>DOKÜMAN KODU:</b>	<b>HB.TL.04</b>
	<b>HASTA GÜVENLİĞİ TALİMATI</b>	<b>YAYIN TARİHİ:</b>	<b>OCAK 2007</b>
		<b>REVİZYON NO:</b>	<b>09</b>
		<b>REVİZYON TARİHİ:</b>	<b>EKİM 2024</b>
		<b>SAYFA NO:</b>	<b>1 / 7</b>

**1. AMAÇ:** Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinde sağlık hizmetlerimizin sunumu sırasında hastalarımıza zarar verilmesini önlemek, tedavi ve uygulamalarda hata oranının azaltılması amacıyla Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezimiz ve çalışanlarımız tarafından alınması gereken önlemlerin belirlenmesini sağlamaktadır.

**2. KAPSAM:** Bu talimat Tüm Birimleri kapsar.

**3. KISALTMALAR:**

**4. TANIMLAR:**

**5. SORUMLULAR:** Tüm Çalışanlar.

**6. FAALİYET AKIŞI:**

**6.1. Hasta Kimliğinin Doğrulanması:**

**6.1.1.** Tanı ve tedavi için yapılacak tüm işlemlerde, hasta ile ilgili her türlü bilginin, bir sağlık çalışanından diğer sağlık çalışanına aktarılmasında, herhangi bir çekim, test veya işlem öncesinde, hastadan tetkik almadan önce, cerrahi operasyonlarda operasyondan önce, ilaç ve kan / kan ürünü uygulaması öncesinde, yatan hasta takip işlemleri öncesinde, hasta transferi esnasında hasta kimlik doğrulama işlemi yapılır.

**6.1.2.** Hasta kimlik doğrulama işleminde, hasta bilekliği kullanılır. Oda ve yatak numarası kullanılmaz.

**6.1.3.** Kullanılan bileklikte barkod sistemi mevcuttur. Barkodda dosya numarası, adı soyadı, kimlik numarası, yaş, barkodu çıkaran kişi ve bölüm yer almaktadır.

**6.1.4.** Yatışı yapılan her hastaya beyaz renkli, alerjik hastalarda ise ek olarak kırmızı renkli kimlik tanımlayıcı bileklik takılır.

**6.1.5.** Doğum sonrasında kız bebeklere pembe renkli, erkek bebeklere mavi renkli kimlik tanımlayıcı bileklik takılır. Aynı seri numaralı anne - bebek kimlik tanımlayıcısı kullanılır.

**6.1.6.** Kimlik tanımlayıcının ne zaman değiştirileceği, hangi durumlarda çıkartılacağı, hasta ve ailesinin bu konuda bilgilendirilmesi vb. "Hasta Kimliklendirme Talimatında" detaylı olarak belirtilmiştir.

**6.1.7.** Bilinen zor hava yolu hastalarının risk açısından tanımlanması için lacivert renkte hasta bilekliği kullanılır.

**6.2. Hastaya Uygulanacak Girişimsel İşlemler İçin Hastanın Rızasının Alınması:**

**6.2.1.** Hastalarımıza uygulanacak tüm riskli girişimsel işlemler öncesinde bilgilendirme ve rızanın alınmasının nasıl ve kim tarafından yapılacağını içeren "Hasta Bilgilendirme ve Rızasının (Onam) Alınması Talimatı" ve "Onam Formları" oluşturulmuştur.

**6.3. Sağlık Hizmeti Sunumunda İletişim Güvenliğinin Sağlanması:**

**6.3.1.** Hasta bakım ve tedavi sürecinde sözlü / telefon talimatlarının verilmesi ve alınmasında sözlü talimatlar; steril girişimler sırasında, doktorun hastanede ya da klinikte olmadığı zamanlarda, acil olarak ilaç verilmesi gerekli olan durumlarda uygulanır.

**6.3.2.** Sözlü / telefon talimatının alınması sırasında ilacın ismi, dozu, uygulama şekli ve verilme sıklığı açık olarak belirtilir.

**6.3.3.** Sözlü / telefon talimatı alınırken önce talimat yazılır, yazılan talimat daha sonra geri okunur ve doğruluğu talimatı veren kişiye sözel olarak onaylatılır, lüzumu halinde verilen ilaç adının kodlama yöntemi ile tekrar edilmesi istenir.

**6.3.4.** Sözlü / telefon talimatlarının kaydında talimatı veren doktorun adı ve soyadı, talimatın alındığı tarih ve saat, sözlü talimat veya telefon talimatı olduğu "Sözlü ve Telefonla Hekim Talimatları Formuna" kaydedilir.

**6.3.5.** "Sözlü ve Telefonla Hekim Talimatları Formu" sözlü talimatı veren doktor tarafından 24 saat içerisinde imzalanıp, "Doktor Order Formuna" ve hemşire tarafından "Hemşire Gözlem - Sıvı İzlem Formuna" yazılı ve / veya bilgisayar ortamında geçirilir. Talimatı veren doktora 24 saat içerisinde ulaşılmadığı takdirde aynı işlem kliniği devralan doktor tarafından yerine getirilir.

**6.3.6.** "Yüksek Riskli İlaçlar Listesi Formundaki" ilaçların uygulanmasında sözlü / telefon talimatı kabul edilmez.

**6.3.7.** Sözlü / telefon talimatlarının uygulamaları hakkında çalışanlara eğitimler verilir.

**6.4. İlaç Güvenliğinin Sağlanması:**

**6.4.1.** Hastaya uygulanacak bütün tedavilerde ilaçların uygulanması "İlaç Yönetim Prosedürü" ve İlaç Güvenliği ve Güvenli İlaç Uygulamaları Talimatına" göre yapılır.

**6.4.2.** Yatışına karar verilen hastanın varsa kullandığı ilaçlar, hastanın tedavi planı, ilaç dozu, zamanı ve uygulama şeklini içerecek şekilde okunaklı olarak doktor tarafından yazılır ve / veya bilgisayar ortamında "Doktor Order Formuna" geçirilir, kaşelenerek imzalanır.

**HAZIRLAYAN:**  
**BAŞHEKİM YARDIMCISI**

**KONTROL EDEN:**  
**KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ**

**ONAYLAYAN:**  
**BAŞHEKİM**

	<b>ERCIYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ</b>	<b>DOKÜMAN KODU:</b>	<b>HB.TL.04</b>
		<b>YAYIN TARİHİ:</b>	<b>OCAK 2007</b>
	<b>HASTA GÜVENLİĞİ TALİMATI</b>	<b>REVİZYON NO:</b>	<b>09</b>
		<b>REVİZYON TARİHİ:</b>	<b>EKİM 2024</b>
		<b>SAYFA NO:</b>	<b>2 / 7</b>

**6.4.3.** Hastanın yatış öncesi aldığı ve taburcu olduktan sonra kullanacağı ilaçlar “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 ve hasta dosyasında muhafazası sağlanır.

**6.4.4.** Hastaya verilen ilaçlar kapalı kaplarda ve kişiye özel olarak hazırlanır. Kaplarda hastanın kimlik tanımlayıcı bilgileri bulunur.

**6.4.5.** Hemşire doktorun tedavi planını “Hemşire Gözlem - Sıvı İzlem Formuna” kaydeder. İlaçlar hastaya hemşire tarafından uygulanır. Stajyerlerin ilaç uygulamaları da hemşire gözetiminde yapılır.

**6.4.6.** İlgili doktor “Doktor Order Formuna” ilaç isimlerini kısaltarak yazmamalıdır. “İlaç Uygulamalarında Kullanılmaması Gereken Kısaltmalar Listesi” belirlenmiştir ve buna göre uygulama yapılır.

**6.4.7.** Yazılışı okunuşu - ambalajı benzer ilaçlar, yüksek riskli ilaçlar, pediatrik dozda kullanılacak ilaçlar, ilaç yan etki bildirimine ait uygulamalar “İlaç Yönetim Prosedürü” ve “İlaç Güvenliği ve Güvenli İlaç Uygulamaları Talimatı gereğince yapılır.

#### **6.5. Kan ve Kan Ürünlerinin Transfüzyonu Yapılacak Hastaya:**

**6.5.1.** Doktor istemi ile birlikte “Transfüzyon Hizmetleri Kan Ve Kan Ürünleri Transfüzyonu Bilgilendirilmiş Onam (Rıza) Belgesi” kontrol edilir.

**6.5.2.** Kan ve kan bileşenleri bilgileri “Transfüzyon Hizmetleri Poliklinik/Klinik Kan ve Kan Ürünleri Teslim Defteri” ne kayıt edilir.

**6.5.3.** Bir hemşire bir doktor tarafından Kan ve kan bileşenleri, hastanın kimlik bilgileri, cross match etiket kontrolü yapılır.

**6.5.4.** Kan grubu ve torba numarasının doğruluğu, hem kan torbası hem de formda teyit edilir.

**6.5.5.** Bu kontroller HBYS Sisteminden “Kan ve Kan Ürünleri Transfüzyonu İzlem Formuna” doktor sisteminden kaydedilir. HBYS sisteminden kayıt yapılamadığı durumlarda ( İnternet kesintisi, elektrik kesintisi ve HBYS çalışmadığı ) otokopili olan “Kan ve Kan Ürünleri Transfüzyonu İzlem Formuna” kaydedilir ve HBYS sistemi geldikten sisteme bilgiler kaydedilir.

**6.5.6.**Transfüzyona başlamadan 0. Dakikada (kan basıncı, nabız, ateş, solunum) ve başlandıktan sonra ilk izlem 15. dakikada diğer izlemler transfüzyon bitene kadar her 30 dakikada bir ve tamamlanmasını izleyen birinci saatte alınır ve hemşire gözleme kaydedilir.

**6.5.7.**Transfüzyon sürecinde hastanın izlemindeki vital bilgileri HBYS sisteminde “Kan ve Kan Ürünleri Transfüzyonu İzlem Formuna” kaydedilir.

**6.5.8.**Hastanın izleminde anormal bir değişiklik mevcutsa transfüzyona hemen ara verilir.

**6.5.9.** Doktor istemine göre gerekli müdahale yapılır ve “Hemşire Gözlem - Sıvı İzlem Formuna” kaydedilir.

**6.5.10.** Reaksiyon geliştiği düşünülüyorsa “Transfüzyon İlişkili Şüpheli İstenmeyen Reaksiyon Formu” düzenlenerek mesai saatleri içerisinde Hemavijilans Ünitesine, mesai saatleri dışında ve resmi tatillerde Kan Merkezine haber verilir.

**6.5.11.** Eritrosit süspansiyonu reaksiyonlarında cross match ve kan grubu çalışılması için hastadan alınan kan örneği ile yarım kalan kan ürünü kan merkezine gönderilir.

#### **6.6. Güvenli Cerrahi Uygulamalarının Sağlanması:**

**6.6.1.** Cerrahi işlemlerin Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenen hasta güvenliği çözümlerine ve evrensel protokole uygunluğunun sağlanması esastır.

**6.6.2.** Ameliyat öncesi klinikte hasta ile ilgili son kontroller doktor tarafından yapılarak hastanın da katılımıyla taraf işaretleme süreci gerçekleştirilir.

**6.6.3.** Klinikte ameliyata gönderilecek hastanın hazırlıkları klinik hemşiresi tarafından kimlik doğrulama işlemi yapılır ve “Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Formu” doldurularak, dosyası ile birlikte sağlık çalışanı tarafından ameliyathaneye götürülür.

**6.6.4.** Hasta ameliyathaneye kabul edilirken, edilmeden önce preoperatif bölüm hemşiresi tarafından kimlik doğrulama işlemi yapılarak teslim alınır ve kontrolleri sağlanır.

**6.6.5.** Ameliyathanedeki tüm cihaz ve ısı kaynaklarının periyodik bakım ve kalibrasyonlarının yapılması sağlanır ve ameliyat öncesi son teknik kontrolleri yapılır.

**6.6.6.** Hata gaz ve gaz karışımı verilmesini önlemek amacıyla, ameliyat öncesi gerekli kontroller yapılır.

**6.6.7.** Cerrahi işleme başlamadan önce tüm ekipmanların mevcut ve fonksiyonel olduğu kontrol edilir.

**6.6.8.** “Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Formu” kontrol listesi sorumlusu tarafından anestezi verilmeden önce, ameliyat kesisinden önce ve ameliyathaneden çıkmadan önce uygulanır. “Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Formu” hasta dosyasında saklanır.

**HAZIRLAYAN:  
BAŞHEKİM YARDIMCISI**

**KONTROL EDEN:  
KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ**

**ONAYLAYAN:  
BAŞHEKİM**

	<b>ERCIYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ</b>	<b>DOKÜMAN KODU:</b>	<b>HB.TL.04</b>
		<b>YAYIN TARİHİ:</b>	<b>OCAK 2007</b>
	<b>HASTA GÜVENLİĞİ TALİMATI</b>	<b>REVİZYON NO:</b>	<b>09</b>
		<b>REVİZYON TARİHİ:</b>	<b>EKİM 2024</b>
		<b>SAYFA NO:</b>	<b>3 / 7</b>

**6.6.9.** Cerrahi işlemlerde taraf işaretleme sürecinde uygulanacak kurallar aşağıda belirtilmiştir;

- Taraf işaretlemesi için cerrahi taraf işaretleme kalem kullanılır.
- Yapışkan taraf işaretleyicileri kullanılmaz.
- İşaret ameliyat bölgesine veya yakınına belirgin ve silik olmayacak şekilde konulur. Diğer bakım süreçleri için gerekmedikçe ameliyat edilmeyecek bölgeler işaretlenmez.
- Taraf işaretleme mutlaka hastanın uyanık ve bilinçli olduğu zaman diliminde yapılır.
- Çoklu yatay yapılar (el ve ayak parmakları ve lezyonlar) veya çoklu düzeylerde (lomber ve torakal ve servikal omurlar) en uygun ve en yakın bölge işaretlenir.
- Göz tarafı işaretlemesi için kaşın üzeri kullanılır.
- Tek organ vakaları (sezaryen bölgesi, kalp cerrahisi gibi), müdahaleler sırasında, kateter ve enstrümanların takılmasında, cerrahi prosedürün tasarlandığı açık yara ve lezyonlarda, acil müdahalelerde, prematüre bebeklerle ilgili müdahalelerde işaretleme yapılmaz.

**6.6.10.** Elektro cerrahi, lazer ve diğer elektrikli cihazlarla yapılan işlemlerde cerrahi yanıkların oluşmasını önlemek için cihazların kullanımında dikkat edilecek hususlar aşağıda belirtilmiştir;

- Cihazın kalibrasyon periyodu belirlenir ve sadece kalibrasyonlu cihazlar kullanılır.
- Özellikle koter cihazları için ekonomik kullanma ömrü belirlenir ve bu süre sonunda demirbaş kaydından düşürülür.
- Üretici firmanın belirtmiş olduğu bakım aralıklarında bakım yapılır (altı aylık veya yıllık).

**6.6.11.** Cerrahi işlem sürecinde dikkat edilecek hususlar aşağıda belirtilmiştir;

- Cihazların teknik kontrolünde kabloların yeterli uzunlukta olduğu ve bağlantıların doğru kullanılıp kullanılmadığı kontrol edilir.
- Hastanın ekstremiteleri metal masa kısmıyla temas etmemelidir.
- Hastanın altında sıvı birikmesi önlenir.
- İşlem yapılacak bölgenin nem oranı % 50 seviyesinde tutulur.

## **6.7. Düşme Riski Olan Hastaya:**

**6.7.1.** Kliniğe kabul edilen hastalarda; çocuk hastalar için “Hemşirelik Hizmetleri Hasta Ön Değerlendirme Formunda” bulunan Harizmi Düşme Riski Ölçeği, yetişkin hastalar için İtaki II Düşme Riski Ölçeğinin bulunduğu kısım kullanılarak risk değerlendirmesi yapılır.

**6.7.2.** Hasta ve/veya hasta yakınına düşmeleri önlemeye yönelik eğitim verilir.

**6.7.3.** Değerlendirme sonucunda düşme riski bulunan hastalara “Düşen adam figürü” asılır.

**6.7.4.** Hastanın durumunda değişiklik (ameliyat, premedikasyon, sedasyon vb.) olduğunda risk değerlendirmesi tekrarlanır, gerekiyorsa önlemler artırılır veya azaltılır.

**6.7.5.** Uzun süren yatak istirahati ve / veya ameliyat sonrası ilk kez mobilize olacak hastaların mobilizasyonu esnasında mutlaka doktor, hemşire ve hastane hizmetlisi eşlik eder.

**6.7.6.** Düşme riski ölçeklerine göre riskli / yüksek riskli olan tüm hastaların yatak kenarlıkları kaldırılır, hasta yatağı en alt seviyeye indirilir, tekerlekleri kilitlenir. Ayrıca hasta hemşire deskine veya daha yakın bir odaya yatırılır.

**6.7.7.** Hasta yanında refakatçi bulundurulur.

**6.7.8.** Hastanın yemek masası, etajeri, sandalyesi yatağına yakın olarak yerleştirilir, özel eşyaları (bardak, terlik, koltuk değnekleri vb.) ve hemşire çağrı butonu ulaşabileceği mesafeye konur.

**6.7.9.** Fiziksel ortam (yeterli aydınlatma, zeminin kuru tutulması, tuvaletlere tutamaçların yapılması, merdiven kaydırmazların kullanımı vb.) düzenlenir.

**6.7.10.** Hasta transferi esnasında sedye kenarlıkları kaldırılır, emniyet kemeri takılır. Hasta taşımaları “Hasta Transfer Talimatı”na göre yapılır.

**6.7.11.** Hasta ailesine alınan önlemlerle ilgili bilgi verilir.

**6.7.12.** Hastanın kısıtlanması gerekiyorsa Doktor istemine (Order) göre kısıtlanır, “Kısıtlanan Hasta Takip Formuna” göre takip edilir.

**6.7.13.** Herhangi bir düşme olayı meydana geldiğinde “İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi Formu”, “Düşme Olayı Bildirim Formu” ve “Düşen Hasta Değerlendirme Formu” doldurularak Kalite Yönetim Birimine teslim edilir.

## **6.8. Radyasyon Güvenliğinin Sağlanması:**

**6.8.1.** Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezimizde radyasyon güvenliğinden sorumlu “Radyasyon Sağlığı ve Güvenliği Kurulu” oluşturulmuştur.

<b>HAZIRLAYAN: BAŞHEKİM YARDIMCISI</b>	<b>KONTROL EDEN: KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ</b>	<b>ONAYLAYAN: BAŞHEKİM</b>
--	---	--------------------------------



	<b>ERCIYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ</b>	<b>DOKÜMAN KODU:</b>	<b>HB.TL.04</b>
		<b>YAYIN TARİHİ:</b>	<b>OCAK 2007</b>
	<b>HASTA GÜVENLİĞİ TALİMATI</b>	<b>REVİZYON NO:</b>	<b>09</b>
		<b>REVİZYON TARİHİ:</b>	<b>EKİM 2024</b>
		<b>SAYFA NO:</b>	<b>4 / 7</b>

**6.8.2.** Radyasyon yayan cihazların bulunduğu alanların girişinde ve radyasyonlu alanlarda uyarı amacı ile kullanılan temel radyasyon sembelleri ve radyasyona maruz kalma tehlikesini anlaşılabilir şekilde gösteren simge ve renkleri taşıyan işaretler bulunmaktadır.

**6.8.3.** Ayrıca Radyasyon güvenliği için bilgilendirme el broşürleri oluşturulmuştur.

### **6.9. Engelli Hastalara Yönelik Düzenlemeler:**

**6.9.1.** Ortak alanlarda ve asansörlerde her engel grubundaki kişilerin algılayabileceği şekilde yazılı, sesli ve görsel yönlendirmeler yapılmıştır.

**6.9.2.** Hastane girişlerinde her engel grubu için başvuru noktaları oluşturulmuştur.

**6.9.3.** Asansör, tuvalet, lavabo, müracaat bankosu vb. gibi ortak alanlar her engel grubuna hitap edecek şekilde düzenlenmiştir.

**6.9.4.** Tekerlekli sandalye transferini kolaylaştıracak ve tekerlekli sandalye manevrasına imkân verecek şekilde gerekli görülen alanların tutunma barlarıyla desteklenmesi yapılmıştır.

**6.9.5.** Görme engelliler için ortak alanlarda sarı renkli takip izi oluşturulmuştur.

**6.9.6.** Hastanelerimizde, engelli ve yakınlarının kendilerine tanınan öncelikleri belirten tabelalar, kolaylıkla görülebilecek yerlere asılmıştır.

**6.9.7.** Hastane krokileri, hasta hakları, engelli tuvaletleri ve asansör kullanım talimatları da braille alfabesi kullanılarak hazırlanmıştır.

**6.9.8.** Hastane girişlerinde engellilerin kullandıkları araçların rahat hareket edebilmelerini sağlayacak iç ve dış mimari düzenlemelere de yer verilmiştir.

**6.9.9.** Hastanelerimizde engelli ve yaşlı hastalara hizmet almalarını kolaylaştıracak, işlemlerinde yardımcı olacak refakatçi çalışan (hostes hizmeti) uygulamasına başlanmıştır.

**6.9.10.** İşitme engelli hastalarla iletişimi sağlamak üzere işaret dili bilen çalışan istihdam edilmiş, gerekli eğitimler verilmiştir.

**6.9.11.** Engelli vatandaşların hastanelerimizde kayıt ve kabul işlemleri yapılırken bekleme ve oturma yapabilecekleri alanlar oluşturulmuştur.

**6.9.12.** Hastanelerimize ait otoparklarda engelli çalışanların ve engelli hastaların araçları için yer ayrılmış ve ayrılan yer standartlara uygun olarak işaretlenmiştir.

### **6.10. Enfeksiyonların Kontrolü ve Önlenmesi İle İlgili Olarak:**

**6.10.1.** Hastalarımızın hastanede buldukları sürece maruz kalabilecekleri enfeksiyon riskine karşılık alınacak önlemler “Enfeksiyon Kontrol Kurulu” tarafından belirlenir.

**6.10.2.** Enfeksiyon riskine karşı alınacak önlemler “Enfeksiyon Kontrol Kurulunun” hazırlamış olduğu talimatlarda;

- Enfeksiyon Kontrol Önlemleri Talimatı
- Cerrahi Alan Enfeksiyonlarının Önlenmesi Talimatı
- Damar İçi Kateter Enfeksiyonlarının Önlenmesi Talimatı
- Tıbbi Aletlerin Dezenfeksiyonu Talimatı
- Ventilator İlişkili Pnömoninin Önlenmesi Talimatı
- İzolasyon Önlemleri Talimatı

Ayrıca “Enfeksiyon Kontrol Kurulunun” hazırlamış olduğu ve hastane Web sitesinde de yayımlanan “Enfeksiyon Kontrol Programında” ayrıntılı olarak açıklanmıştır.

**6.10.3.** El hijyeni hem hasta hem de çalışan güvenliği açısından çok önemli olup enfeksiyonların ve çapraz bulaşmaların önlenmesi amacıyla sağlık çalışanının uygun el temizliği ve eldiven kullanma yöntemleri “El Hijyeni Talimatında” ve “Eldiven Kullanım Talimatında” belirlenmiştir.

**6.10.4.** Hastane enfeksiyonlarının rutin sürveyansı enfeksiyon kontrol hemşiresi tarafından yapılarak UHESA’ya kaydedilir, sürveyans sonuçlarına göre bölüm bazında Düzeltici / Önleyici Faaliyet başlatılır. Üç ayda bir bölüm bazında hastane enfeksiyon hızları, etkenleri, direnç paternlerini içeren sürveyans raporu hazırlanarak Üst Yönetim ve ilgili bölümlerle paylaşılır.

**6.10.5.** Hastada meydana gelebilecek enfeksiyonları azaltma / yok etme amacıyla enfeksiyon kontrol önlemleri alınmaktadır. İzolasyon önlemlerine yönelik enfekte veya kolonize olan hasta odalarına solunum izolasyonunda “Sarı Yaprak”, damlacık izolasyonunda “Mavi Çiçek”, temas izolasyonunda “Kırmızı Yıldız” tanımlayıcı figürleri kullanılır.

### **6.11. Laboratuvar Güvenliği İle İlgili Olarak:**

**6.11.1.** Laboratuvarlar hasta güvenliğini doğrudan etkileyen öneme sahiptir. Laboratuvar sürecini preanalitik, analitik ve postanalitik olmak üzere üç evreye ayırırsak, yapılan çalışmalarda hasta güvenliğini etkileyen laboratuvar hatalarının en çok

<b>HAZIRLAYAN: BAŞHEKİM YARDIMCISI</b>	<b>KONTROL EDEN: KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ</b>	<b>ONAYLAYAN: BAŞHEKİM</b>
--	---	--------------------------------

	<b>ERCIYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ</b>	<b>DOKÜMAN KODU:</b>	<b>HB.TL.04</b>
		<b>YAYIN TARİHİ:</b>	<b>OCAK 2007</b>
	<b>HASTA GÜVENLİĞİ TALİMATI</b>	<b>REVİZYON NO:</b>	<b>09</b>
		<b>REVİZYON TARİHİ:</b>	<b>EKİM 2024</b>
		<b>SAYFA NO:</b>	<b>5 / 7</b>

preanalitik dönemde (%70) yapıldığı görülmektedir. Bu bilgi ışığında Merkezimiz laboratuvar süreçlerine göre aşağıdaki önlemleri alarak laboratuvar hatalarını en aza indirmeyi hedeflemektedir.

**Preanalitik Evre:** Laboratuvarlarımızda numunelerin doğru alınması ve doğru şekilde transferini sağlamak üzere “Tıbbi Mikrobiyoloji (Bakteriyoloji) Laboratuvarı Rutin Numune Kabul ve Red Kriterleri Rehberi” ve “Biyokimya Laboratuvarı Rutin Numune Kabul ve Red Kriterleri Rehberi” hazırlanarak numunelerin uygun şekilde alınması ve transferinde dikkat edilecek hususlar belirlenmiştir. Numunelerin laboratuvara kabul ve red kriterleri de belirlenerek uygun olmayan numunelerin laboratuvara kabulü önlenmiştir.

**Analitik Evre:** Laboratuvarda kullanılan cihazların bakım ve kalibrasyonları belli bir plan dâhilinde laboratuvar sorumlu hekimlerimizce yapılmakta veya yaptırılmaktadır. Yine laboratuvarlarımızda çalışılan testlerin internal ve external kalite kontrolleri laboratuvar hekimlerimizin sorumluluğunda yapılmakta ve kayıtları muhafaza edilmektedir.

**Postanalitik Evre:** Laboratuvarda çalışılan parametrelerin panik değer listesi hazırlanarak, bu testlere ait düşük veya yüksek değerlerde klinisyene derhal haber verilmesi sağlanmıştır.

#### 6.12. Temel Yaşam Desteği Sürecinin Güvenliği (Mavi Kod):

**6.12.1.** Kalp veya solunum durması, tehlikeli boyutta olan kalp ritim düzensizliği, yüzeyselleşmiş solunum varlığında hastaların en hızlı ve hatasız şekilde kalp, akciğer canlandırmasını gerçekleştirmek ve yaşamsal faaliyetlerin devamını sağlamak amacıyla mavi kod ekibi oluşturulmuş ve bununla ilgili “Mavi Kod Prosedürü” hazırlanmıştır.

**6.12.2.** Ekip üyelerinin görev tanımları oluşturulmuştur. Çalışanlara “Mavi Kod” uygulamasıyla ilgili yılda en az bir kez tatbikat ve eğitim verilir, kayıt altına alınır.

#### 6.13. Yenidoğan ve Çocuk Güvenliğinin Sağlanması (Pembe Kod):

**6.13.1.** Yeni doğan / bebek / çocuk kaçırmaması veya kaybolması durumlarına karşı önlem almak ve bebek güvenliğini sağlamak amacıyla pembe kod ekibi oluşturulmuştur. Bununla ilgili yapılacak işlemler için “Pembe Kod Prosedürü” hazırlanmıştır.

**6.13.2.** Ekip üyelerinin görev tanımları oluşturulmuştur. Çalışanlara “Pembe Kod” uygulamasıyla ilgili yılda en az bir kez tatbikat ve eğitim verilir, kayıt altına alınır.

#### 6.14. Kısıtlama Yapılacak Olan Hastaya:

**6.14.1.** Alternatif girişimlerin (yakın gözlem, uygun pozisyon, fiziki ortamın düzenlenmesi vb.) başarısız olduğu durumlarda hastanın genel özellikleri (vücut yapısı, ağırlığı vb.) göz önünde tutularak, fiziksel ve psikolojik zarar görmesine engel olacak kısıtlama yoluna gidilir.

**6.14.2.** Kısıtlama fiziksel, mekanik ve kimyasal olarak uygulanabilir.

**Mekanik Kısıtlama;** Hastanın hareketlerini kısıtlamak için kemer, kelepçe veya deri / kumaş bağlar kullanılarak yapılır.

**Fiziksel Kısıtlama;** Hastanın hareket etmesini önlemek amacıyla fiziksel olarak elle tutularak yapılan kısıtlama işlemidir.

**Kimyasal Kısıtlama;** Medikal ilaçların oral ya da parenteral yoldan uygulanmasıyla yapılır.

**6.14.3.** Uygulanacak olan kısıtlamanın sebepleri ve önemi, anlama düzeyine bağlı olarak hastaya; hastaya açıklanamıyorsa ailesine açıklanır. Hasta ya da ailesinin, kısıtlamanın kazalardan koruma amaçlı olduğu ve bir cezalandırma olmadığını anlaması sağlanır.

**6.14.4.** Kısıtlama istemi doktor tarafından verilir ve günlük “Doktor Order Formuna” yazılır.

**6.14.5.** Acil durumlarda sözel direktif alınarak kısıtlama uygulanır. Doktor 24 saat içinde direktifi yazılı hale getirir.

**6.14.6.** Doktor istemi; hastanın kısıtlamaya ihtiyaç gösteren değerlendirilmesini, kısıtlamanın zamanını, kısıtlama şeklini, klinik endikasyonu ve istem zamanı ile doktorun imzasını kapsar.

**6.14.7.** Kısıtlama sırasında hastaların hakları ve saygınlıkları korunur.

**6.14.8.** Kısıtlama yapılan hasta “Kısıtlanan Hasta Takip Formu” doldurularak her saat takip edilir ve değerlendirilir, ayrıca hastanın kısıtlama altında olduğu “Hemşire Gözlem - Sıvı İzlem Formuna” kaydedilir.

**6.14.9.** Mümkünse hastanın ailesi, hastanın hemşiresi ve doktorun gözetimi altında kısıtlama uygulanır.

**6.14.10.** Gerektiğinde güvenlik elemanı ve hastane hizmetlisi hastanın kısıtlanmasına yardımcı olur.

**6.14.11.** Yapılan değerlendirmeler (sakinlik, kendisine ve çevresine zarar verecek davranışlarda azalma, kendisine uygulanan işlemlere karşı reaksiyon göstermeme, kateter ve tüpleri çıkarma girişiminde bulunmama) sonucunda kısıtlamasına son verilen hastanın kendisine ve / veya ailesine bilgi verilir ve bakıma katılmaları sağlanır.

**6.14.12.** Hastada kısıtlama nedeniyle herhangi bir zarar oluşmuş ise “İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi Formu” doldurularak Kalite Yönetim Birimine gönderilir.

**HAZIRLAYAN:  
BAŞHEKİM YARDIMCISI**

**KONTROL EDEN:  
KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ**

**ONAYLAYAN:  
BAŞHEKİM**

	<b>ERCIYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ</b>	<b>DOKÜMAN KODU:</b>	<b>HB.TL.04</b>
		<b>YAYIN TARİHİ:</b>	<b>OCAK 2007</b>
	<b>HASTA GÜVENLİĞİ TALİMATI</b>	<b>REVİZYON NO:</b>	<b>09</b>
		<b>REVİZYON TARİHİ:</b>	<b>EKİM 2024</b>
		<b>SAYFA NO:</b>	<b>6 / 7</b>

#### 6.15. Hastalara Ait Bilgilerin Güvenliği:

**6.15.1.** Merkezimizde, hizmetin sunumu için gerekli olan ve hastalarımıza ait özel ve hastalıklarıyla ilgili bilgiler gizlidir. Bu bilgiler otomasyon sisteminde ve hasta dosyalarında muhafaza edilir.

**6.15.2.** Bu bilgi ve belgeler; hastalarımızın yazılı izni olmadan (yasal şartlar hariç) hiç kimse veya kuruluşa verilemez, temin edilen bilgiler açıklanamaz.

#### 6.16. Tıbbi Cihaz Güvenliği:

**6.16.1.** Merkezimizde kullanılmakta olan tıbbi cihazların belli bir plan dâhilinde bakımları ve kalibrasyonları “Klinik Mühendisliği Araştırma ve Uygulama Merkezi” (ERKAM) tarafından yapılmakta veya firmalara yaptırılmaktadır.

**6.16.2.** Tıbbi cihazların bölüm bazında envanteri bulunur. Tıbbi cihazların bakım, onarım, ölçme, ayar ve kalibrasyonlarına yönelik plan bu birim tarafından oluşturularak plan dâhilinde uygulama yapılır. Kalibrasyonu yapılan cihazların kalibrasyon etiketi bulunur.

Etikette;

- Kalibrasyonu yapan firmanın adı
- Kalibrasyon tarihi
- Geçerlilik süresi
- Sertifika numarası bulunur.

#### 6.17. Tıbbi Atık Yönetimi:

**6.17.1.** Merkezimizde atıkların; “Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliğine” uygun olarak toplanması, taşınması, geçici olarak depolanması ve ilgili birimlere teslimi sağlanmaktadır. Konu ile ilgili usul, esas ve sorumluklar “Atık Yönetim Talimatında” belirlenmiş olup, amaç hastalara, çalışanlara ve çevreye zarar vermeden bertaraf edilmelerinin sağlanmasıdır.

#### 6.18. Eğitimler:

**6.18.1.** Merkezimiz çalışanlarına; tehlikeli ve riskli durumları azaltmaya, enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesine ve hasta güvenliği kültürünün yerleştirilmesine yönelik eğitimler verilir. Bu eğitimlerin ne şekilde yapılacağı Merkezimiz “Eğitim Kurulu”, “Enfeksiyon Kontrol Kurulu” ve “Hasta Güvenliği Kurulu” tarafından belirlenir ve duyurulur.

**6.18.2.** Hastalarımıza ise; tedavi sürecinde ve taburcu olduktan sonra kullanacakları ilaçlar, beslenmeleri ve dikkat etmeleri gereken diğer konular hakkında doktorlarımız, hemşirelerimiz ve diyetisyenlerimiz tarafından eğitimler verilir ve kayıtları hasta dosyalarında muhafaza edilir.

#### 6.19. Sıra Beklemeden Kaynaklanan Olumsuzlukların Önlenmesi:

**6.19.1.** Acil Servise müracaat eden hastalar triaj masasında risk gruplarına göre değerlendirilir.

**6.19.2.** Yüksek riskli hastalara tedavi sürecinde öncelik tanınır.

**6.19.3.** Hastalar, sıra beklemesi gerektiği durumlarda (tetkik işlemleri) bekleme nedenleri ve tahmini bekleme süreleri hakkında ilgili birim tarafından bilgilendirilir, istek halinde ilgili hizmete ulaşabilecekleri bir diğer sağlık kuruluşuna yönlendirilir.

**6.19.4.** Polikliniklerdeki hizmetlerde de öncelik hakkı olan hastalar için (engelli, yüksek riskli ve kronik hastalığı olanlar, hâkim ve savcılar, hastanemiz çalışanları) “Poliklinik Sıra Bekleme Önceliği Duyurusu” oluşturulmuştur ve hizmet sürecinde bu kişilere öncelik verilmektedir.

#### 6.20. Acil Durum ve Afet Yönetimi Güvenliği:

**6.20.1.** Merkezimizde meydana gelebilecek yangın, sel, deprem, kimyasal sızıntı gibi acil afet durumlarda Afet ve Acil Durum Yönetim Birimi tarafından müdahale ekibi belirlenmiş ve bununla ilgili “Kırmızı Kod” Prosedürü oluşturulmuştur.

**6.20.2.** Yangın bir sağlık işletmesinde her zaman var olan bir risktir. Bu nedenle hastanemiz yangın ve dumana karşı bina sakinlerini korumak için planlama yapmaktadır. Merkezimiz Afet ve Acil Durum Yönetim çalışanları; binalarımızın özelliklerini dikkate alarak yangın güvenliği ile ilgili tedbirleri (yangın söndürme sistemleri, yanıcı maddelerin taşınması ve depolanmasında alınacak önlemler, yangın söndürme tüpleri, yangın önleme ve söndürme yönergesi, vb) almaktadır.

**6.20.3.** Merkezimizde yangına karşı alınacak önlemler ve sorumluları “Binaların Yangından Korunma Yönetmeliğine” göre tanımlanmıştır.

**6.20.4.** Bu yönerge doğrultusunda en az yılda 2 (iki) kez “Afet ve Acil Durum Yönetim Birimi” sorumluluğunda eğitim verilmekte, eğitim sonrası yangın tatbikatları yapılmakta ve kayıtları tutulmaktadır.

**6.20.5.** Merkezimizde yangın alarm sistemi kurulmuş olup, olabilecek yangınlar için önlem alınmıştır.

**6.20.6.** Yangın çıkış levhaları bina içinde uygun yerlere görülebilecek şekilde yerleştirilmiş, yangın çıkış kapılarının açık olması “Afet ve Acil Durum Yönetim Birimi” tarafından sağlanmaktadır.

**HAZIRLAYAN:  
BAŞHEKİM YARDIMCISI**

**KONTROL EDEN:  
KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ**

**ONAYLAYAN:  
BAŞHEKİM**



	<b>ERCIYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ</b>	<b>DOKÜMAN KODU:</b>	<b>HB.TL.04</b>
		<b>YAYIN TARİHİ:</b>	<b>OCAK 2007</b>
	<b>HASTA GÜVENLİĞİ TALİMATI</b>	<b>REVİZYON NO:</b>	<b>09</b>
		<b>REVİZYON TARİHİ:</b>	<b>EKİM 2024</b>
		<b>SAYFA NO:</b>	<b>7 / 7</b>

**6.20.7.** “Afet ve Acil Durum Yönetim Birimi” tarafınca yangın söndürücüler uygun yerlere yerleştirilmiş, kontrolleri düzenli olarak yapılmaktadır.

**6.20.8.** Merkezimizde yangın çıkma nedenlerini ortadan kaldırmak için elektrik sisteminin kontrolleri rutin olarak “Teknik Bakım ve Onarım Birimi” tarafından yapılmaktadır. Ayrıca hasta ve hasta yakınlarının sigara içmesi de kesinlikle önlenmektedir.

#### **6.21. Diğer Güvenlik Önlemleri:**

**6.21.1.** Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi içerisinde ısı, nem, aydınlatma, kazalardan koruma vb. açısından güvenli fiziksel ortam sağlanır.

**6.21.2.** Gürültü kontrolü; yüksek sesle konuşmamak, ses çıkarmayan terlikler giyinmek, kapıları yavaş kapatmak, araç - gereçleri kullanırken sessiz ve dikkatli çalışmak vb. gerekli önlemler alınır. Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinde yapılacak yeni inşaatlarda; duvar ve zeminin gürültüyü yansıtmayan emici malzemelerle kaplanması sağlanır.

**4.21.3.** Zemin, iç ve dış merdiven basamakları, banyo, tuvalet vb. yerler temizlenirken sonra “Dikkat - Kaygan Zemin” yazan sarı ikaz işaretleri konulur.

**6.21.4.** Hasta yatağı, hastanın güvenli bir ortam içinde uyuması ve tedavinin sağlanmasında önemlidir. Bu nedenle rahat, güvenli, hasta ve bakım hizmeti verenler yönünden kullanışlıdır. Ayrıca hasta yatağı alerjik tepkilere neden olmayan, ekonomik, hafif, kolay temizlenip dezenfekte edilebilen, su geçirmeyen özelliktedir.

**6.21.5.** Hastaya gereken pozisyon elle ya da mekanik bir sistemle verilir.

**6.21.6.** Bilinci yerinde olmayan hastaların eşyaları tutanak karşılığı hasta yakınlarına teslim edilir.

**6.21.7.** Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi içerisinde ve çevresinde hasta ve yakınlarının güvenliğinin sağlanması, kavga, hırsızlık vb. olayları önlemek için poliklinik, klinik ve tüm alanları özel güvenlik görevlileri devamlı devriye gezerek kontrol eder. Herhangi bir şüphe uyandıran durumda gerekli işlemleri yapar ve tedbirleri alır. Durum tutanak altına alınır.

**6.21.8.** Ziyaret saatleri dışında ziyaretçi alınmaz.

**6.21.9.** Ziyaret saatlerinin belli zamanlarda olması ve ziyaretçilerin gözlenmesi için klinik hemşiresi, hastane hizmetlisi ve güvenlik görevlisi sorumludur.

**6.21.10.** Özel durumlar dışında hastaya dışarıdan getirilen yiyecekler engellenir ve kendisine verilen diyet yemeklerini yemesi önerilir.

**6.21.11.** Oda içerisinde karşıdan görülmemesi için pencerelere perde ve tül kullanılır. Birden fazla hastanın olduğu odalarda paravanlar bulunur.

#### **7. İLGİLİ DOKÜMANLAR:**

**7.1.** Yetişkin Hastalar İçin Hemşirelik Hizmetleri Hasta Ön Değerlendirme Formu

**7.2.** Bebek ve Çocuk Hastalar İçin (0 - 17 yaş) Hemşirelik Hizmetleri Hasta Ön Değerlendirme Formu

**7.3.** Doktor Order Formu

**7.4.** Hemşire Gözlem - Sıvı İzlem Formu

**7.5.** Düşme Olayı Bildirim Formu

**7.6.** Düşen Hasta Değerlendirme Formu

**7.6.** İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi Formu

**7.7.** Kan ve Kan Ürünleri Transfüzyonu Bilgilendirilmiş Onam Formu

**7.8.** Kan ve kan ürünleri teslim defteri

**7.9.** Kan ve Kan Ürünleri Transfüzyonu İzlem Formu

**7.10.** Transfüzyon İlişkili Şüpheli İstenmeyen Reaksiyon Formu

**7.11.** Kısıtlanan Hasta Takip Formu

**7.12.** Onam Formları

**7.13.** Sözlü ve Telefonla Hekim Talimatları Formu

**7.14.** Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Formu

**7.15.** Yüksek Riskli İlaçlar Listesi Formu

**7.16.** İlaç Uygulamalarında Kullanılmaması Gereken Kısaltmalar Listesi Formu

**7.17.** Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği

**7.18.** Sağlıkta Kalite Standartları

**7.19.** Sağlıkta Kalitesinin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik

**HAZIRLAYAN:  
BAŞHEKİM YARDIMCISI**

**KONTROL EDEN:  
KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ**

**ONAYLAYAN:  
BAŞHEKİM**