	ERCIYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ	DOKÜMAN KODU:	İY.PR.01
		YAYIN TARİHİ:	EYLÜL 2016
	İLAÇ YÖNETİM PROSEDÜRÜ	REVİZYON NO:	04
		REVİZYON TARİHİ:	EYLÜL 2022
		SAYFA NO:	1 / 9

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 Farmakovijilans Merkezi
DMO	: Devlet Malzeme Ofisi
SUT	: Sağlık Uygulama Tebliği
TPN	: Total Parenteral Nutrisyon

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 Sağlık Çalışanları.

6. FAALİYET AKIŞI:

6.1. Hastanede İlaç Yönetimi İle İlgili Sorumlular ve Sorumluluklar:

6.1.1. Hastanede ilaç yönetiminden sorumlu "İlaç Yönetimi Ekibi" oluşturulmuştur ve bu ekipte ilaç yönetim süreçlerinde görev alan çalışanlar da bulunmaktadır.

6.1.2. İlaç Yönetim Ekibinin görev tanımı aşağıdaki konuları kapsayacak şekilde düzenlenmiştir.

- İlacın dâhil olduğu tüm süreçlerin düzenlenmesi ve denetiminde
- Hastane formüllerinin hazırlanması ve formüller ile ilgili gerekli güncellemelerin yapılmasında
- Akılcı ilaç kullanımı ile ilgili ilkelerin belirlenmesi ve uygulanmasında
- Antibiyotik Kullanım Kontrolü ve Antibiyotik Profilaksi Rehberi" hazırlanmasından sorumludur.

6.2. Hastane Formülleri Oluşturulmalıdır:

6.2.1. Hastane formülleri, hekim ve eczacılar için referans niteliğinde olan, sağlık problemlerinin tedavisinde en etkin, güvenilir ve ekonomik ilaçların listesiyle birlikte reçete yazımı için gerekli bilgiler RX Mediafarma programı ve ilaç prospektüs bilgileri dikkate alınarak kullanılır.

6.2.2. Oluşturulan formüllerde aşağıdaki bilgiler yer almaktadır;

6.2.1.1. Her ilacın akılcı kullanımına ait özet farmakolojik ve terapötik bilgiler.

6.2.2.2 Eczane çalışma saatleri; Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi eczanesi 24 (yirmi dört) saat açıktır. Eczane öğlen arası dâhil mesai saatlerinde hiç bir zaman kapanmaz. Nöbet ve icap çizelgesi Başhekimliğe onay için her ayın son haftası gönderilir.

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

	ERCIYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ	DOKÜMAN KODU:	İY.PR.01
		YAYIN TARİHİ:	EYLÜL 2016
	İLAÇ YÖNETİM PROSEDÜRÜ	REVİZYON NO:	04
		REVİZYON TARİHİ:	EYLÜL 2022
		SAYFA NO:	2 / 9

6.2.3. İlaç tedavisiyle ilgili konular (çocuk dozlarının nasıl hesaplanacağı, acil durumlarda kullanılan ilaçların doz tabloları, sık kullanılan kısaltmalar, klinik açıdan önem taşıyan ilaç etkileşimleri, ilaç zehirlenmelerinde acil tedavi ilkeleri gibi) ilaç kullanan tüm birimlere dağıtılmış olup, ayrıca Kalite Yönetim Sisteminden de ulaşılabilir.

6.2.4. Hastanemizde çıkan ilaç atıkları tehlikeli atık kutularına atılır ve “Atık Yönetimi Talimatına” göre imhası sağlanır.

6.3. İlacın Dâhil Olduğu Tüm Süreçler ve Bu Süreçlere Yönelik Kurallar:

6.3.1. İlaç yönetimi ile ilgili hastaneye özgü kurallar asgari aşağıdaki süreçleri içerecek şekilde belirlenmiştir;

- İlaçların temini
- İlaçların muhafazası
- İlaç istemleri
- İlaçların hazırlanması
- İlaçların transferi
- İlaç uygulamaları
- Hasta beraberinde gelen ilaçların kontrolü
- Tedavi sonrası yarım kalan ampullerin kullanımı ve imhası
- İlaç - ilaç, ilaç - besin etkileşimlerinin kontrolü
- Parenteral ilaçlarda stabilite ve geçimsizlik kontrolü
- Advers etki bildirimleri
- İlaç hata bildirimleri ve ilaç yönetimine ilişkin göstergeler
- Yüksek riskli ilaçların yönetimi ve istem süreci
- TPN solüsyonlarının temin, hazırlama, saklama ve uygulama süreçleri
- Sulandırıldıktan, açıldıktan veya hazırlandıktan sonra muhafaza şartları uygun olmayan veya saklama süresi dolan ilaçların imha süreçleri
- Yarım doz ilaçlar ve hazırlandıktan sonra geçimsizlik görülen çözeltilerin imha süreçleri
- İlaç atıklarının yönetimi

6.4. İlaçların Temini:

6.4.1. Hastanelerimizde kullanılan ilaçların aylık ve yıllık tüketim miktarları sorumlu eczacı tarafından Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) verileri üzerinden tespit edilerek ilaç ve serum ihale listeleri belirlenir. Belirlenen bu ilaçlar ilk olarak Devlet Malzeme Ofisi Sağlık Market uygulaması ihalelerinde talepler oluşturularak temin edilir.

6.4.2. Devlet Malzeme Ofisi (DMO) tarafından talep toplanmayan veya talep toplanmasına rağmen alımı gerçekleştirilemeyen ilaç istekleri “İlaç ve Tıbbi Malzeme Kurulunda” görüşülerek doğrudan temin veya ihale yöntemi ile temin edilir.

6.4.3. 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.

6.4.4. İhale ve doğrudan temin yolu ile temin edilemeyen ve stoklanması sıkıntılı olan ilaçlar ise; yazılan Yatan Hasta Reçetesi ile hasta başına anlaşmalı ecza depolarından temin edilir. Bu yolla temin edilememesi halinde ise reçeteler serbest eczanelere yönlendirilir.

6.4.5. Mevcut ilaçların stok durumu eczacı tarafından, etkin maddeye göre de stok seviye sorgulama ekranı kullanılarak otomasyon sisteminden takip edilir. İlaçlar kritik ve minimum stok seviyesinin altına düşünce otomasyon uyarı sistemi eczane sorumlusunu uyarır. Eczacı kritik stok seviyelerine düşen ilaçların taleplerini sistem üzerinden oluşturup satın alma sorumlusuna bildirir.

6.4.6. Satın alınan tüm ilaçlar adet ve miad kontrolü yapılarak muayene kabul komisyonu tarafından teslim alınır. Kırık, patlak, eksik veya hatalı ilaç durumunda ilaçlar depoya iade edilir.

6.4.7. İlaçlar saklama koşullarına uygun olarak transfer edilmeli, soğuk zincir ilaçlar buz aküleriyle birlikte ısının muhafazasının sağlandığı kaplarda, soğuk zincir indikatörü ile taşınmış olmalıdır. İndikatöre bakarak ilacın güvenilirliği muayene kabul komisyonu tarafından kontrol edilir ve bu şekilde teslim alınır.

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

	ERCIYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ	DOKÜMAN KODU:	İY.PR.01
		YAYIN TARİHİ:	EYLÜL 2016
	İLAÇ YÖNETİM PROSEDÜRÜ	REVİZYON NO:	04
		REVİZYON TARİHİ:	EYLÜL 2022
		SAYFA NO:	3 / 9

6.5. İlaçların Muhafazası:

6.5.1. Tüm ilaçlar mümkün olduğunca orijinal ambalajlarında saklanır.

6.5.2. İlaçların depolandığı tüm alanlarda depo planları bulunur ve yerleşim depo planına uygun yapılır. Bu depolara ilaç temini "Taşınır İstek Fişi" ile Eczane Ana depodan istenir.

6.5.3. İlaç depolarında ilaçların maksimum, minimum ve kritik stok seviyeleri Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) üzerinden belirlenir. 3 (üç) ayda bir güncellenerek takipleri yapılır.

6.5.4. 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.

6.5.5. Soğuk zincir koşullarında saklanması gereken ilaçlar eczane ana depoda 2 - 8°C 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.

6.5.6. 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. 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).

6.5.7. İlaçlar depolanırken ve tüketilirken en yakın miatlı ürün ilk olarak tüketilecek şekilde planlama yapılır.

6.5.8. Işıktan korunması gereken ilaçlar için "Işıktan Korunması Gereken İlaçlar Listesi" oluşturulmuştur. Bu listeler aktif olarak kullanılmakta ve ilaçlar gerekli tedbirler alınarak muhafaza edilmektedir.

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

6.5.10. 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 kolu 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.
- Sıcaklık ve nem kontrolleri yapılır. Havalandırma yapılır. Taşınabilir yangın söndürücüler bulundurulur, son kullanma tarihleri kontrol edilir. Elektrik kesintilerinde veya buzdolabı bozulduğunda (ölçüm alınmadığından veya standart dışı ölçüm alındığında) sistem eczacıyı mesaj veya arama ile bilgilendirir. Böyle bir durumda hızlı bir müdahale ile koşullar standartlara uygun hale getirilir. Buzdolapları elektrik kesintisinde jeneratör devreye girmektedir. Eczane dışındaki ilaç bulunan buzdolaplarında elektrik kesintilerinde veya buzdolabı bozulduğu durumda alanın sorumlusu tarafından eczaneye bilgi verilir. Eczacının yönlendirmesine göre ilaçlar uygun buzdolabına alınır.

6.5.11. Stok yönetimi hem Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) üzerinden hem de manuel olarak kontrol edilmektedir.

6.5.12. Eczane için maksimum stok seviyesi 120 (yüz yirmi) gün, kritik stok seviyesi 60 (altmış) gün, minimum stok seviyesi 30 (otuz) gün olarak belirlenmiştir.

6.5.13. Sarfiyatlarına göre minimum, kritik ve maksimum stok seviyeleri Hastane Bilgi Yönetim Sisteminde (HBYS) farklı renklerde görülür. Eczane order karşılarken kritik stok seviyesinin altına düşen ilaçlar için sistem uyarı verir.


6.5.14. Otomasyon sisteminde miadının dolmasına 3 (üç) ay kalan ilaçlar renklendirilmiştir. Ayrıca tarih belirtilerek istenilen miat raporları da alınabilmektedir.

6.5.15. Bozulan veya miadı dolup elde kalan ilaçlar için ayrı bir alan bulunur ve "Atık Yönetimi Talimatına" göre imhası sağlanır.

6.5.16. İlaç depolarında ve ilaç için ayrılmış buzdolaplarında ilaç niteliğindeki malzemeler haricinde malzeme bulundurulmaz.

6.5.17. İlaç depolarına yetkilendirilmiş personel haricindeki kişilerin erişimi sınırlandırılmıştır.

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

	ERCIYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ	DOKÜMAN KODU:	İY.PR.01
		YAYIN TARİHİ:	EYLÜL 2016
	İLAÇ YÖNETİM PROSEDÜRÜ	REVİZYON NO:	04
		REVİZYON TARİHİ:	EYLÜL 2022
		SAYFA NO:	4 / 9

6.6. İlaç İstemleri:

6.6.1. Hastanın kullanacağı ilaçlar için hekim tarafından elektronik ortamda order verilir. Çıktısı alınıp, kaşe ve imzalandıktan sonra eczaneye gönderilir ve tedavi planına eklenir.

6.6.2. İlaç istekleri Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) üzerinden klinik hemşireleri tarafından yapılır. Orderda A - 72, EHU, Anestezi Uzman kapsamında olan ilaçlar ilgili hekimler tarafından Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) üzerinden onaylandıktan sonra verilir.

6.6.3. 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 çalışanı tarafından eczaneden teslim alınır.

6.6.4. Tedavi planında; ilacın tam adı (kısaltma kullanılmadan), uygulama zamanı, uygulama dozu, uygulama şekli ve gerekli durumlarda veriliş süresi yer alır Tedavi planında kullanılmaması gereken kısaltmalar ve semboller belirlenmiş olup istem süreçlerinde etkin kullanılmaktadır.

6.6.5. 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 Listesinde” 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.

6.6.6. Uyuşturucu ve psikotrop ilaçlar, otomasyon sisteminden çıkış yapıldıktan sonra klinik hemşiresine teslim edilir. Bu ilaçların çıkışları “Narkotik İlaç Teslim Defterine” kaydedilir ve imza karşılığı sorumlu hemşireye teslimi yapılır.

6.6.7. Yatan hastaların günlük ilaç ihtiyaçları hastanın sorumlu hekimi tarafından günlük viziteleri sırasında Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) üzerinden hasta orderlarına yazılır. Tedavi planı Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) eczane modülünde görülür. Orderlar günlük olarak girilir ve sadece o günün orderı onaylanır.

6.6.8. Eğer listede enfeksiyon hastalıkları uzmanının onayını gerektiren (EHU) ilaçlar varsa bunlar Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) üzerinden enfeksiyon hastalıkları uzmanı tarafından onaylandıktan sonra eczacıların ekranından onaya izin verilir. Eczacıların ekranına gelen hasta ilaç ihtiyaç listeleri eczacılar tarafından kontrol edilerek istenilen ilaçların miktarı ve dozunun Sağlık Uygulama Tebliğine (SUT) uygun olup olmadığı incelenir. Stoplanan ilaç varsa bunu öğrenmek için eczacı kliniği onaylamadan önce klinik hekimi ile iletişime geçer. Böylece kliniğe yanlış ve fazla ilaç gönderilmesinin önüne geçilir. İlacın kullanım dozunun aşıldığı durumlarda eczacı, sorumlu hemşire veya hekimle diyalog kurarak ilaç dozunun kullanımı konusunda uyarıda bulunabilir. Buna ek olarak eczacının hekime; hastanın kullanacağı iki ilaç arasında geçimsizlik, potansiyalizasyon ve benzeri herhangi bir etkileşme söz konusu ise bu konuda uyarıda bulunur, gerekiyorsa uygun olabilecek altertatifleri önerir.

6.6.9. Şurup, merhem ve pomat gibi ilaç şekilleri her gün yazılsa bile gönderilmez ve klinik hemşiresi bilgilendirilir. Sebebi bu tip formda olan ilaçların bir günlük dozlara bölünmesinin müstahzar bütünlüğünü bozacak olmasıdır. Örneğin 4x5mL sekinde kullanılış yazılmış bir Talcid süspansiyon 100 mL hasta için kliniğe gönderildiğinde hastanın 100mL / (4x5mL) = 5 günlük dozu karşılanmış olur, bu beş günde order edilmiş olmasına rağmen gönderilmez, ancak 6. günde tekrar yazılı olursa kliniğe gönderilir. Hastaya göre kullanım dozu değişebileceğinden veya hastanın tedavisi değişebileceğinden klinik hemşiresi tarafından hastanın ilacı bittiği anda eğer hasta ilacı almaya devam ediyorsa eczacı ile irtibata geçerek hastanın ilacı kullanması sağlanır. İlacın kullanımı için herhangi bir laboratuvar sonucu veya rapor gerekiyorsa Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) sistemi üzerinden hekim ekranına uyarı gitmektedir.

6.7. İlaçların Hazırlanması:

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

6.7.2. Eczanede ilaçlar hasta bazında ve günlük hazırlanır.

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

6.7.4. Hastaların ilaç istekleri kilitli poşetlere hazırlanarak etiketlenir.

6.7.5. Hasta adına istek yapılan kan ürünü reçeteleri ile diğer reçeteler, hasta adına çıkış yapılarak hastane hizmetlerine imza karşılığı teslim edilir.

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

	ERCIYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ	DOKÜMAN KODU:	İY.PR.01
		YAYIN TARİHİ:	EYLÜL 2016
	İLAÇ YÖNETİM PROSEDÜRÜ	REVİZYON NO:	04
		REVİZYON TARİHİ:	EYLÜL 2022
		SAYFA NO:	5 / 9

6.7.6. Hekimler tarafından Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) üzerinden hastaya istenen orderlar uygun ise onaylanır. Eczanede ilaçlar her hasta için ayrı olacak şekilde paketlenir. Hazırlanan ilaçlar uygun kilitli poşetlere koyulup, hastaya ait bilgileri içeren barkod poşetin üzerine eklenir. Hastaya ait ilaç poşetine hastaya ait kimlik tanımlama parametreleri ile ilacın tam adı, farmasötik form, doz, uygulama saati, uygulama yolu yer alan order eklenir. Hasta bazı ilaç hazırlama ilaçların karışmasını önler, doğru ilacın doğru hastaya gitmesini sağlar. İlaç hazırlama kutuları taşıma esnasında kırılmaları ve kaybı önlemek için kullanıma sunulmuştur.

6.7.7. Bilister halinde ki tabletler kesilip üzerlerine ilacın adı, dozu ve miadı olan etiketler yapıştırılır.

6.7.8. Bilister halinde olmayan ilaç şişesi içindeki kapsüller / tabletler üzerinde ilaç adı ve son kullanım tarihi olan kilitli poşete konularak transfere hazır hale getirilir.

6.7.9. Hekim eğer majistral ilaç talep ettiyse; ilaç, kaşe / imzalı reçetesi ile eczanede eczacı tarafından hazırlanır.

6.7.10. Kliniklere hasta bazı gönderilen ilaçlar hastalara ait ilaç kutularına uygun şekilde yerleştirilir.

6.7.11. Hazırlama esnasında özel teknik / ekipman veya uzmanlık gerektiren kemoterapi ilaçları kapalı sistem ilaç hazırlama ünitesinde uzman kişiler tarafından “Kemoterapi Hazırlama ve Uygulama Prosedürüne” göre uygun koşullarda hazırlanır.

6.8. İlaçların Transferi:

6.8.1. İlaçların kliniklere transferi: İlaçlar eczanede ilaç kasalarına hazırlandıktan sonra hastane hizmetlilerine sayılarak ve “İlaç Teslim Defteri” imzalatılarak teslim edilir. Hastane hizmetlisi transferde ilaçların kırılmasını ve kaybolmasını engellemek amacı ile kasalar ve taşıma arabası kullanır. Işıktan korunması gereken ilaçlar orijinal kutusu ile kliniklere gönderilir.

6.8.2. İlaçların depodan eczaneye transferi: Hastane eczanesinde raflarda herhangi bir ilacın azalması durumunda bu görevle sorumlu eczacıya durum bildirilerek depodan eczaneye ilaç transfer edilir.

6.8.3. İstem Hastane Bilgi Yönetim Sistemi üzerinden (HBYS) olur. İstem belgesi sorumlu eczacı tarafından alınır. İstem belgesi ile eczacı depoya iner, ilaçları sayar ve teslim alır.

6.8.4. Transferde ilaçların kırılmasını ve kaybolmasını engellemek için kasalar ve taşıma arabası kullanılır. Taşıma işleminde acele edilmez, hastane asansörleri kullanılır. Ezilme kırılma olaylarının önüne geçmek için taşıma kasalarına fazla miktarda ilaç konulmaz.

6.8.5. Transferi gerçekleştirecek çalışanlara “İlaçların Güvenli Transferi” ve “Tehlikeli İlaç Kırılmalarına Müdahale” konularında eğitimler verilir.

6.9. İlaçların Güvenli Uygulanması:

6.9.1. Birimlerde ilaç uygulamaları “Güvenli İlaç Uygulamaları Talimatına” göre yapılır.

6.10. Hastanın Beraberinde Getirdiği İlaçların Yönetimi:

6.10.1. Birimlerde hastanın beraberinde getirdiği ilaçlar için “Güvenli İlaç Uygulamaları Talimatına” uygun olarak hareket edilir.

6.11. Tedavi Sonrası Yarım Kalan Ampullerin Kullanım ve İmhası:


6.11.1 Tedavi sonrası yarım kalan ampullerin kullanımı ile süreçler “Güvenli İlaç Uygulamaları Talimatında” ayrıntılı şekilde belirtilmiş olup, kliniklerde kullanım süresi dolan ilaçlar için “Yarım Doz İlaç İmha Tutanağı” 2 (iki) nüsha düzenlenerek tehlikeli atık kutusuna atılır ve “Atık Yönetimi Talimatına” uygun olarak imhası sağlanır. Tutanaқта; ilaç adı, miktarı, tarihi ve birimi bilgileri yer alır. Tutanağın 1 (bir) nüshası Eczaneye gönderilir.

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

6.12.1. Hastanemizde “İlaç Etkileşim Listesi” ve “İlaç - Besin Etkileşimleri Listesi” hazırlanmış olup, ilaç uygulanan tüm birimlerde ilaç uygulanan alanlarda bulundurulmaktadır. Ayrıca hastane web sitesinden de ulaşılabilmektedir.

6.12.2. Hastanın kullanması gereken ilaçlar, günlük olarak ve her farklı ilaç eklendiğinde hekim tarafından, ilaç - besin - ilaç etkileşimleri bakımından hazırlanan “İlaç Etkileşim Listesi” ve İlaç - Besin Etkileşimleri Listesi” dikkate alınarak değerlendirilir ve takip edilir. Amaç; ilaç - besin ve ilaç - ilaç etkileşimi sonucu doğabilecek ve hastanın tedavi seyrini etkileyebilecek olan olumsuzlukların engellenmesi ve ilaçların etkin konsantrasyona ulaşmasını sağlamaktır.

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

	ERCIYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ	DOKÜMAN KODU:	İY.PR.01
		YAYIN TARİHİ:	EYLÜL 2016
	İLAÇ YÖNETİM PROSEDÜRÜ	REVİZYON NO:	04
		REVİZYON TARİHİ:	EYLÜL 2022
		SAYFA NO:	6 / 9

6.13. Parenteral İlaçlarda Stabilite ve Geçimsizlik Kontrolü:

6.13.1. 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.

6.14. Advers Etki Bildirimleri:

6.14.1. Hastane Üst Yönetimi tarafından Farmakovijilans sorumlusu belirlenmiştir. Sorumlunun adı, iletişim bilgileri ve mesleki özgeçmişi Türkiye Farmakovijilans Merkezi (TUFAM)’ne bildirilmiştir. Kurumumuzda Farmakovijilans İrtibat Noktası eczacıdır.

6.14.2. Kullanılan ilaçlarda ciddi ve beklenmeyen advers etkiler görülmesi durumunda ilaç verilmeye devam ediliyor ise hemen sonlandırılır ve hastanın hekimine haber verilir.

6.14.3. Hekimin direktifi doğrultusunda uygun tedavi yapılır.

6.14.4. Gelişen reaksiyonun sebepleri araştırılır.

6.14.5. Ciddi ve beklenmeyen advers etkiler farmakovijilasyon sorumlusuna bildirilir.

6.14.6. Gelişen reaksiyon sonucunda “Advers Etki Bildirim Formu” doldurulur. Formu ilgili hekim ya da hemşire doldurabilir.

6.14.7. Hastadan sorumlu hemşire ve hekim tarafından Advers Reaksiyon Bildirim Formu doldurulup en geç 15 (on beş) gün içinde TUFAM’a bildirilmesi için Hastane Farmakovijilans Sorumlusuna teslim edilir

6.15. İlaç Hata Bildirimleri ve İlaç Yönetimine İlişkin Göstergeler:

6.15.1. 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 vb.) ilaç uygulaması devam ediyorsa derhal durdurulur. Hastanın hekimine veya nöbetçi hekime haber verilir ve hekimin istemi doğrultusunda gerekli müdahale yapılır.

6.15.2. Hasta dosyasına durumu belirten gerekli kayıtlar işlenir.

6.15.3. İlaç hatalarında “İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi Formu” doldurularak Kalite Yönetim Birimine bildirimde bulunulur.

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

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

6.16. Yüksek Riskli İlaçların Yönetimi ve İstem Süreci:

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

6.16.2. Hastanemizde bulunan yüksek Riskli İlaçlar “Yüksek Riskli İlaçlar Listesinde” tanımlanmış olup, bu liste ilaç uygulanan tüm birimlerde ilaç uygulanan alanlarda asılı olarak bulundurulmaktadır.

6.16.3. Yüksek riskli ilaçların üzerine kırmızı renkli etiket yapıştırılır.

6.16.4. Yüksek riskli ilaçlar diğer ilaçlar gibi Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) üzerinden istemi yapılır. Hekim hastaya yüksek riskli bir ilaç order ettiğinde Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) tarafından uyarılır.

6.16.5. Yüksek riskli ilaçlar eczanede ve kullanılan birimlerde ayrı bir rafta muhafaza edilmektedir.

6.16.6. Yüksek Riskli İlaçlarda sözel order verilmez.


6.17. Total Parenteral Nutrisyon (TPN) Solüsyonlarının Temin, Hazırlama, Saklama ve Uygulama Süreçleri:

6.17.1. Süreçler “Nutrisyon Birimi İşleyiş Prosedürüne” göre belirlenmiştir.

6.18. Sulandırıldıktan, Açıldıktan veya Hazırlandıktan Sonra Muhafaza Şartları Uygun Olmayan veya Saklama Süresi Dolan İlaçların İmha Süreçleri:

6.18.1. İlaçlar sulandırıldıktan, açıldıktan veya hazırlandıktan saklama süreleri sonra “İlaçların Kullanım Süresi Dikkat Edilecek Hususlar ve Saklama Koşulları Listesinden” veya ilacın prospektüsünden kontrol edilir.

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

	ERCIYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ	DOKÜMAN KODU:	İY.PR.01
		YAYIN TARİHİ:	EYLÜL 2016
	İLAÇ YÖNETİM PROSEDÜRÜ	REVİZYON NO:	04
		REVİZYON TARİHİ:	EYLÜL 2022
		SAYFA NO:	7 / 9

6.18.2. Sulandırıldıktan, açıldıktan veya hazırlandıktan sonra muhafaza uygun olmayan veya saklama süresi dolan ilaçlar için kliniklerde “Yarım Doz İlaç İmha Tutanağı” 2 (iki) nüsha düzenlenerek tehlikeli atık kutusuna atılır ve “Atık Yönetimi Talimatına” uygun olarak imhası sağlanır. Tutanağın 1 (bir) nüshası Eczaneye gönderilir.

6.19. Yarım Doz İlaçlar ve Hazırlandıktan Sonra Geçimsizlik Görülen Çözeltilerin İmha Süreçleri:

6.19.1. Tedavi sonrası yarım doz ilaçlar ve hazırlandıktan sonra geçimsizlik görülen çözeltiler için kliniklerde “Yarım Doz İlaç İmha Tutanağı” düzenlenerek tehlikeli atık kutusuna atılır ve “Atık Yönetimi Talimatına” uygun olarak imhası sağlanır. Tutanakta;

- İlaç Adı
- Miktarı
- Tarihi
- Birimi bilgileri yer alır.

6.20. Özel Nitelikli İlaç Gruplarına Yönelik Düzenleme:

6.20.1. Özellik Nitelikli İlaç gruplarına örnekler aşağıda verilmiştir;

- Acil Pediatrik İlaçlar
- Görünüşü Benzer İlaçlar
- Yazılışı ve Okunuşu Benzer İlaçlar
- Narkotik ve Psikotrop İlaçlar
- Işıktan Korunması Gereken İlaçlar
- Yüksek Riskli İlaçlar
- Hazırlanması Özel Teknik / Teçhizat / Uzmanlık Gerektiren İlaçlar
- Konsantre Elektrolitler
- Gebelik ve Emzirmede Kullanılmaması Gereken İlaçlar
- Sitotoksik İlaçlar

6.20.2. Özel Nitelikli İlaç listeleri hazırlanmış olup, her klinikte kullanım alanında mevcuttur ve etkin bir şekilde kullanılmaktadır.

6.20.3. Acil pediatrik ilaçlar, yazılışı, okunuşu, görünüşü birbirine benzeyen ilaçlar ve yüksek riskli ilaçların dolaplardaki yerleşimi muhtemel hataları engelleyecek şekilde ayrı dolaplarda bulunmaktadır.

6.20.4. Orijinal ambalajında uyarıcı bir unsur bulunmayan yüksek riskli ilaçlar için uyarıcı niteliğinde kırmızı etiket yapıştırılarak kullanımı sağlanır.

6.21. Narkotik ve Psikotrop İlaçlara Yönelik Düzenleme: Yeşil ve Kırmızı Reçeteye Tabii İlaçların Yönetimi;

6.21.1. Narkotik ve psikotrop ilaçlar kilitli olarak çelik / metal malzemeli dolaplarda veya ayrı bir odada saklanmaktadır. Bu dolapların anahtarı eczacı denetiminde bulundurulur. Nöbetlerde nöbetçi eczacıda bulundurulur.

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

6.21.2. Bölümlere narkotik ve psikotrop ilaçlar verilirken sorumlu hemşireye “Narkotik İlaç Teslim Defterine” kaydı yapıldıktan sonra imza karşılığı teslim edilir.

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

6.21.4. Kullanılan bu ilaçların bilgisayar ortamında kullanım detayları rapor olarak alınır. Bu rapor ilgili hekimler tarafından imzalanarak hemşire tarafından hastane eczanesine teslim edilir. Hastane eczanesine rapor teslim etmeyen bölümler narkotik ve psikotrop ilaçları alamazlar. Kullanım detay raporunda

- İlacın hangi hastaya kaç adet kullanıldığı
- İlacın kullanıldığı tarih
- İlacı kimin uyguladığı
- Doktor adı
- Teslim alan ve teslim edenlerin imzaları bulunmaktadır.

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

	ERCIYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ	DOKÜMAN KODU:	İY.PR.01
		YAYIN TARİHİ:	EYLÜL 2016
	İLAÇ YÖNETİM PROSEDÜRÜ	REVİZYON NO:	04
		REVİZYON TARİHİ:	EYLÜL 2022
		SAYFA NO:	8 / 9

6.21.5. Uyuşturucu ilaçlar Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) üzerinde diğer ilaçlardan farklı olarak kırmızı renge, psikotrop ilaçlar ise yeşil renge boyanmıştır. Bunun sebebi hataları ortadan kaldırmaktır.

6.21.6. Muhafaza ve taşınma esnasında zarar gören narkotik ilaçlar için tutanak tutulur.

6.21.7. Narkotik ve Psikotrop ilaçların miadının geçmesi, bozulması veya kullanımının risk oluşturduğu durumlar ile kırılması veya hastaya yarım doz uygulanması durumlarında biri hekim en az 2 (iki) sağlık çalışanı tarafından “Zayı İlaç Formu” doldurularak tehlikeli atık kutusuna atılır ve imhası sağlanır. Düzenlenen zayı formu kayıttan düşülmek üzere hastane eczanesine teslim edilir.

6.21.8. Narkotik ve psikotrop ilaçlar belirtilen saatlerde sayım yapılarak devir teslim yapılır.

6.21.9. Ameliyathanelerde Narkotik ve Psikotrop İlaçlar Anestezi Teknikerlerince teslim alınarak ameliyat odalarında kilitli Narkotik ve Psikotrop İlaç dolaplarında muhafaza edilir. Kullanılan ilaçlar Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) üzerinde hasta hesabına işlenir ve günlük devir - teslim işlemleri yine bu sistem üzerinden gerçekleştirilir. Narkotik ve Psikotrop İlaçların ve dolap anahtarının teslimi “Narkotik İlaç Dolap Anahtarlarının ve Narkotik İlaçların Takip ve Devir - Teslim Formu” doldurularak yapılır.

6.22. İlaçların Karışmasını Engellemeye Yönelik Düzenlemeler:

6.22.1. İlaç isimleri yazılırken kısaltma yapılmamalıdır.

6.22.2. “İsmi ve Söylenişi Benzer İlaç Listesinde” 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.

6.23. Pediatrik Dozda Kullanılacak İlaçlara Yönelik Tedbirler;

6.23.1. Acil kullanılacak pediatrik ilaçların kilograma göre dozlarının bulunduğu “Acil Pediatrik İlaç Kullanım Dozları Formu” birimlerde bulunur ve aktif olarak kullanılır.

6.24. Acil İlaçların Yönetimi:

6.23.1. Acil müdahale setinde bulunması gereken ilaçlar ilgili birim tarafından belirlenir ve eczaneden taşınır istek fişi ile temin edilir.

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

6.25. Eczaneye İade Edilen İlaçlara Yönelik Düzenleme:

6.25.1. Hastalara ilaçlar günlük olarak verilir.

6.25.2. 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 edilir.

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

6.26. İlaç Yönetimi Süreçlerinin İzlenebilirliği:

6.26.1. İlaç yönetimi sürecinde oluşturulan tüm verilerin izlenebilirliği ve sürekliliği sağlanmaktadır.

6.26.2. İlaç hataları ve ramak kala olaylar otomasyon üzerinden “İstenmeyen Olay Bildirim” kısmından ya da “İstenmeyen Olay Bildirim Formu” doldurularak Kalite Yönetim Birimine bildirim yapılır.

6.26.3. Yapılan bildirimler “Hasta Güvenliği Kurulunda (Komite) ele alınarak gerekli iyileştirme faaliyetleri planlanır ve takibi yapılır.

6.27. İlaç Atıklarının ve Son Kullanım Tarihi Geçmiş İlaçların İmhasına ve Uygun Şartlarda Bertaraf Edilmesi:

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

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

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

	ERCIYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ	DOKÜMAN KODU:	İY.PR.01
		YAYIN TARİHİ:	EYLÜL 2016
	İLAÇ YÖNETİM PROSEDÜRÜ	REVİZYON NO:	04
		REVİZYON TARİHİ:	EYLÜL 2022
		SAYFA NO:	9 / 9

6.27.3. Değişimi olmayan ve miadı dolan ilaçlar “Zayi İlaç Formu” doldurularak “Atık Yönetimi Talimatına” uygun olarak ayrıştırılır ve imhası sağlanır.

6.27.4. Narkotik ve Psikotrop ilaçlar, miadının geçmesi, bozulması veya kullanımının risk oluşturduğu durumlar ile kırılması veya hastaya yarım doz uygulanması durumlarında; biri hekim en az 2 (iki) sağlık çalışanı tarafından “Zayi İlaç Formu” doldurularak tehlikeli atık kutusuna atılır ve “Atık Yönetimi Talimatına” uygun olarak imhası sağlanır. Düzenlenen “Zayi İlaç Formu” kayıttan düşülmek üzere hastane eczanesine teslim edilir.

6.27.5. Zayi İlaç Formunda;

- İlaç Adı
- Miktarı
- Birimi
- Tarihi
- Seri Numarası
- Son Kullanım Tarihi
- İmha Nedeni
- Hangi Bölümde ve Kim Tarafından Gerçekleştirildiği bilgileri bulunur.

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 Korunması Gereken İlaçlar Listesi
- 7.6. Order Formu (Otomasyon Ortamında)
- 7.7. Sözlü ve Telefonla Hekim Talimatları Formu
- 7.8. Yüksek Riskli İlaçlar Listesi
- 7.9. İsmi ve Söylenişi Benzer İlaç Listesi
- 7.10. Narkotik İlaç Teslim Defteri
- 7.11. İlaç Teslim Defteri
- 7.12. İlaç Etkileşim Listesi
- 7.13. İlaç - Besin Etkileşimleri Listesi
- 7.14. Parenteral Yolla Kullanılan Antibakteriyel İlaçların Hazırlanma - Uygulama - Saklama Koşulları
- 7.15. Parenteral Yolla Kullanılan Antifungal İlaçların Hazırlanma - Uygulama - Saklama Koşulları
- 7.16. Parenteral Yolla Kullanılan Antiviral İlaçların Hazırlanma - Uygulama - Saklama Koşulları
- 7.17. Advers Etki Bildirim Formu
- 7.18. İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi Formu
- 7.19. Yüksek Riskli İlaçlar Listesi
- 7.20. İlaçların Kullanım Süresi Dikkat Edilecek Hususlar ve Saklama Koşulları Listesi
- 7.21. Yarım Doz İlaç İmha Tutanağı
- 7.22. Narkotik İlaç Teslim Defteri
- 7.23. Zayi İlaç Formu
- 7.24. Acil Pediyatrik İlaç Kullanım Dozları Formu
- 7.25. Narkotik İlaç Dolap Anahtarlarının ve Narkotik İlaçların Takip ve Devir - Teslim Formu
- 7.26. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği
- 7.27. Sağlıkta Kalite Standartları
- 7.28. Sağlık Hizmeti Kalitesinin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik

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