

	ERCIYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ	DOKÜMAN KODU:	AD.PR.02
		YAYIN TARİHİ:	OCAK 2010
	PEMBE KOD PROSEDÜRÜ	REVİZYON NO:	05
		REVİZYON TARİHİ:	EYLÜL 2023
		SAYFA NO:	1 / 3

1. AMAÇ: Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezimizde yenidoğan, bebek ve çocukların kaçırılmaları veya kaybolmaları durumlarına karşı önlem almak ve güvenliği sağlamak amacıyla standart bir yöntem belirlemektir.

2. KAPSAM: Bu prosedür Tüm Birimleri kapsar.

3. KISALTMALAR:

4. TANIMLAR:

Pembe Kod (Çocuk Güvenliği): Hastanede bebek ya da çocuk kaçırma riski ve / veya eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale edilmesi amacıyla oluşturulan acil uyarı kodudur.

Pembe Kod İhbarı: Pembe kod durumunda çalışanlar tarafından santral üzerinden pager cihazına yapılan bilgilendirmedir.

Pembe Kod İhbar Numarası: Pembe kod sisteminde “33333” olarak önceden tanımlanmış olan dâhili telefon numarasıdır.

Pembe Kod Müdahale Ekibi: Pediatri Hemşireleri, İlgili Birim Sorumlu Hemşiresi ve Güvenlik Görevlilerinden oluşur.

5. SORUMLULAR: Tıbbi (Başhekim Yardımcısı), İdari (Hastane Müdür / Müdür Yardımcısı), Hemşirelik (Başhemşire / Başhemşire Yardımcısı) Hizmetlerinden birer temsilci, Pediatri Hemşireleri, İlgili Birim Sorumlu Hemşiresi, Güvenlik Amiri ve Güvenlik Görevlileri.

6. FAALİYET AKIŞI:

6.1. Görev ve Sorumlular:

6.1.1. Pembe kod ekibinin görev ve sorumlulukları “Görev Tanımlarında” detaylı şekilde belirtilmiştir.

6.2. Uygulama:

Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinin büyüklüğü nedeniyle pembe kod için 6 (Altı) bölge oluşturulmuş ve her bir bölgenin ekipleri de ayrı olarak belirlenmiştir.

- 1. Bölge Gevher Nesibe Hastanesi, İtme ve Denge Merkezi, Spor Hekimliği, Adli Tıp, Parazitoloji, Tıbbi Biyokimya, Tıbbi Mikrobiyoloji
- 2. Bölge Kalp Hastanesi, Merkezi Laboratuvar
- 3. Bölge Onkoloji Hastanesi, Kemik İliği Transplantasyon Merkezi (KİT), Onkoloji Ayaktan Tedavi Merkezi
- 4. Bölge Çocuk Hastanesi, Anne Evi
- 5. Bölge Organ Nakli ve Diyaliz Hastanesi
- 6. Bölge KANKA

6.2.1. Ebeveyni ayrı olan ve ebeveyni tarafından kaçırılma riski belirtilen çocuk / bebek kliniğe kabul edilirken kaçırılma riskini belirtmek için klinik hemşiresi (hastanın bilekliğine ilaveten pembe belirteç eklenir) çalışmanı uyarır.

6.2.2. “Hasta Kimliklendirme Talimatında” belirtildiği şekilde; doğumdan hemen sonra anne ve bebeğe seri numaraları aynı olan ve kimlik bilgilerini içeren bebeğin cinsiyetine göre erkekse mavi, kız ise pembe olarak şekilde hasta kol bandı takılır ve bantların bebek hastaneden taburcu olana kadar anne ve bebekte kalması sağlanır.

6.2.3. Bebek doğar doğmaz doğum kartına annenin başparmak izi, bebeğin her iki ayak izi alınır. Aynı karta anneye ait ve doğuma ait bilgiler kaydedilir. Bu kayıtlar anne dosyasında muhafaza edilir.

6.2.4. Anne yanında bulunan bebek ve çocukların sadece hastane yaka kartı bulunan çalışan tarafından odadan çıkartılabileceği, hemşire / sorumlu hemşire tarafından sözlü olarak bebeğin ailesine iletilir.

6.2.5. Hastanelerimizde nöbet teslimlerinde, (Hekim, Hemşire, Hastane Hizmetlisi) bilgi paylaşımı yapılan hastalar, hasta odasında ve yerinde görülerek teslim alınır ve yeni gelenler yaka kartı takılı olarak kendilerini tanıtır.

6.2.6. Doğan bebeklerin herhangi bir sağlık problemi yok ise Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde annenin yanına verilir.

6.2.7. Yenidoğan veya Çocuk kliniklerine yatışı yapılan her bebek ve çocuğa kimlik bilekliği takılır. Bilekliğin üzerine bebeğin ismi (ismi yok ise soyadı), dosya numarası yazılır.

6.2.8. “Yenidoğan ve Çocuk Güvenliği Formu” yatışı yapan sekreter tarafından doldurularak klinik sorumlu hemşiresine teslim edilir. Bu formda bebeği görmesi gereken yakınının ismi (anne, baba vb.) belirtilir ve bu isimlerin haricinde bebeğin başkaları tarafından görülmesi engellenir. Form hasta taburcu olana kadar klinik sorumlu hemşiresi tarafından muhafaza edilir.

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

	ERCIYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ	DOKÜMAN KODU:	AD.PR.02
		YAYIN TARİHİ:	OCAK 2010
	PEMBE KOD PROSEDÜRÜ	REVİZYON NO:	05
		REVİZYON TARİHİ:	EYLÜL 2023
		SAYFA NO:	2 / 3

6.2.9. Hasta taburcu edilirken “Yenidoğan ve Çocuk Güvenliği Formu” klinik sekreterine teslim edilir ve sekreter tarafından adli vakalar klinik içinde arşivlenir, adli vaka olmayanlar hasta dosyasına konulur.

6.2.10. Yenidoğan kliniğinde taburcu edilen bebekler kimlik bilgileri doğrultusunda anne veya babaya teslim edilir.

6.2.11. Yatışı yapılan bebeklerin annelerine; bebeklerini tanımadıkları kişilere emanet etmemeleri gerektiği ve bebeklerinin güvenliğini tehdit edebilecek bir durumda veya herhangi bir kişiden şüphelendikleri zaman en kısa sürede durumu klinik hemşiresine veya güvenlik görevlilerine bildirmeleri gerektiği tembih edilir.

6.2.12. Anne ve babası ayrı ya da ailevi sorunları olduğuna dair bilgi verilmiş bebeklerin farkındalığını ortaya koyacak ve sadece hemşireler tarafından fark edilebilecek bir belirteç (hastanın bilekliğine ilaveten pembe renkli belirteç eklenir) oluşturulur.

6.2.13. Hemşireler bir bebek / çocuk kaçırılmasından emin olunamadı, sadece şüphe edildiği durumlarda endişelenirlerse, gerekli ek önlemlerin alınması için Hastane Yönetimini bilgilendirir.

6.2.14. Tüm tedbirlere rağmen çocuk kaçırma / kaybolma olduğu zaman pembe kod çağrısı başlatılır.

6.2.15. Bebek / çocuk yakınlarının ihbarı veya sağlık çalışanlarının şüphelendiği durumlarda “33333” numaralı telefonu tuşlayarak “**Pembe Kod Çağrısı Başlatılmıştır**” şeklinde sesli mesaj alındıktan sonra telefon kapatılarak pembe kod çağrısını başlatır.

6.2.16. Ana çıkış alanları güvenlik tarafından izlenir ve hastanenin bütün kapıları kapatılıp, çıkışlara izin verilmez.

6.2.17. Şüpheli yakalanırsa hastane içerisinde gerekli soruşturma yapıldıktan sonra durum gerekirse Emniyet yetkililerine bildirilir.

6.2.18. Olayın sona ermesi durumunda pembe kod çağrı numarası “33333” aynı telefondan tekrar aranır. “**Pembe Kod Çağrısı Sonlandırılmıştır**” şeklinde bir sesli mesaj alındıktan sonra çağrı sonlandırılır.

6.2.19. Pembe kod müdahale ekibine Gevher Nesibe Hastanesi A asansörü tahsis edilmiş olup, pembe kod verildiği andan itibaren asansörün dış çağrı butonu kenarında bulunan led aydınlatma pembe renkte yanar. Sistemde pembe kod personeli olarak tanımlanmış ekip personeli gelerek kimlik kartını okuttuğu andan itibaren asansör çağrılan kata gelir. Kabine binildikten sonra kat tuşlarının bulunduğu kart okuyucuyu okutularak çıkması gereken katın tuşuna basılarak çıkılabilir veya inilebilir. Kod sonlandırıldıktan sonra led aydınlatma yeşil yanmaya başlar. Amaç acil bir ihtiyaç olması durumunda tekrar kod verilmeden ekibin kullanması için asansörün bu konumda 30 dk. bekletilmesidir. Bu durumda asansör normal çalışmasına devam eder daha sonra led aydınlatma tamamen söner. Kod verilmediği dönemlerde kimlik kartı ile çağırma söz konusu değildir. Sistem bütün çağrıları kayıt altında tutar. Kullanıcılar da sürekli talepler doğrultusunda güncellenebilir.

6.2.20. Pembe kod uygulaması bittikten sonra güvenlik görevlisi aşağıda belirtildiği şekilde yol izler.

- Web tarayıcının adres çubuğuna <http://10.0.13.103> yazılarak Çağrı Raporlama ve İstatistik Görüntüleme Paneli ana sayfasına giriş yapılır.
- “GİRİŞ” yazısı üzerine basılarak kullanıcı sayfasına girilir. Kullanıcı adına “rapor” ve şifre kısmına “rapor” yazılır ve GİRİŞ yazısına basılır.
- Raporlama Sistemin ana sayfasında “Raporlar” seçeneğine tıklanır. Renkli kod çağrılarının hepsinin yer aldığı ortak liste ekrana gelir. Açılan sayfanın üst bölümünde bulunan “PEMBE KOD” yazılı alan seçilir. Böylece sadece pembe kod verilen tüm çağrıların ve ilgili bölge, tarih ve saat bilgilerinin yer aldığı liste görülür.
- Müdahale edilen pembe kod çağrısının üzerine tıklanarak çağrının yapıldığı saat, sonlandırma süresi, çağrı noktası bilgilerinin otomatik olarak sistemde görüldüğü sayfaya geçilir.
- Bu sayfadaki “müdahale formu” yazısı üzerine tıklanarak açılan form eksiksiz olarak doldurulur ve en altta bulunan “kaydet” yazısına tıklanarak işlem sonlandırılır.

6.3. Tatbikat Hedefleri:

6.3.1. Bebek - çocuk kaçırılmasını önlemek.

6.3.2. Hastaneye dışardan giriş ve içerden çıkış yollarını kapatmak.

6.3.3. Suçluyu yakalamak.

6.3.4. Pembe kodun sonlandırılmasını sağlamak.

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

	ERCIYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ	DOKÜMAN KODU:	AD.PR.02
		YAYIN TARİHİ:	OCAK 2010
PEMBE KOD PROSEDÜRÜ		REVİZYON NO:	05
		REVİZYON TARİHİ:	EYLÜL 2023
		SAYFA NO:	3 / 3

6.4. Tatbikat:

6.4.1. Hastanelerimizde pembe kod uygulamasının stratejik olarak başarılıp başarılmadığı ve ekip üyelerinin pratikliğini arttırmak amacı ile yılda **en az 1 (bir) kez** pembe kod uygulamasına yönelik tatbikat yapılır.

6.4.2. Tatbikat uygulaması pembe kod yönetim ekibi tarafından, pembe kod müdahale ekip üyelerinin haberi olmaksızın gerçekleştirilir ve <http://10.0.13.103> web adresindeki pembe formu doldurarak kayıt altına alınır.

6.4.3. Tatbikata; belirlenen tatbikat hedefleri çerçevesinde ve başarılı bir şekilde gerçekleştirilene kadar tekrar edilir.

6.5. Uygunsuzluklara Yönelik Gerekli İyileştirmeler:

6.5.1. Tatbikatlar ve gerçek müdahaleler sırasında belirlenen uygunsuzluklara yönelik pembe kod yönetim ekibi tarafından düzeltici - önleyici faaliyet başlatılır ve takibi yapılır, sonuçlandırılması sağlanır.

6.6. Eğitim:

6.6.1. Çalışanlara pembe kod uygulaması ile ilgili eğitimler verilir ve kayıt altına alınır.

6.7. Çalışanların Pembe Kod Hakkında Bilgilendirilmesi:

6.7.1. Pembe kod durumlarında çalışanların nasıl bir yol izleyeceği konusunda otomasyon sisteminden, görsel ve yazılı şemalar üzerinden genel bilgilendirmeler yapılır.

7. İLGİLİ DOKÜMANLAR:

- 7.1. Yenidoğan ve Çocuk Güvenliği Formu
- 7.2. Pembe Kod Olay Bildirim Formu (Web Sayfasında)
- 7.3. Düzeltici - Önleyici Faaliyet Formu
- 7.4. Yazılı ve Görsel Şemalar
- 7.5. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği
- 7.6. Sağlıkta Kalite Standartları
- 7.7. Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik

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