


| | | | |
|---|--|-------------------------|-------------------|
|  | ERCIYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ | DOKÜMAN KODU: | AD.PR.04 |
| | | YAYIN TARİHİ: | EKİM 2013 |
| | KIRMIZI KOD PROSEDÜRÜ | REVİZYON NO: | 04 |
| | | REVİZYON TARİHİ: | EYLÜL 2023 |
| | | SAYFA NO: | 1 / 3 |

1. AMAÇ: Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezimizde meydana gelebilecek yangın, sel, deprem, kimyasal sızıntı gibi acil afet durumunda tüm çalışanların haberdar edilmesi, gerekli önlemlerin alınması; hasta, çalışan ve binaların en az hasarla kurtarılmasını sağlamaktır.

2. KAPSAM: Bu prosedür Tüm Birimleri kapsar.

3. KISALTMALAR:

4. TANIMLAR:

Kırmızı Kod: Hastanede çıkabilecek herhangi bir yangın tehlikesi halinde, yangına en hızlı şekilde müdahale edilerek oluşabilecek tehlikeleri ve zararları en aza indirmek veya önlemek amacıyla oluşturulan acil uyarı kodudur.
Kırmızı Kod İhbarı: kırmızı kod durumunda çalışanlar tarafından santral üzerinden pager cihazına yapılan bilgilendirmedir.
Kırmızı Kod İhbar Numarası: Kırmızı kod sisteminde “44444” olarak önceden tanımlanmış olan dâhili telefon numarasıdır.
Kırmızı Kod Müdahale Ekibi: Afet ve Acil Durum Yönetimi Birim Sorumlusu (Ekip Lideri), Afet ve Acil Durum Yönetimi Birim Çalışanları ve Güvenlik Görevlilerinden oluşur.

5. SORUMLULAR: Tıbbi (Başhekim Yardımcısı), İdari (Hastane Başmüdürü) hizmetlerinden birer temsilci, Afet ve Acil Durum Yönetimi Birim Sorumlusu (Müdahale Ekip Lideri), Afet ve Acil Durum Yönetimi Birim Çalışanları, Güvenlik Amiri ve Güvenlik Görevlileri.

6. FAALİYET AKIŞI:

6.1 Görev ve Sorumlular:

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

6.2. Uygulama:

Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinin büyüklüğü nedeniyle kırmızı kod için 6 (Altı) bölge oluşturulmuş ve her bir bölgenin kırmızı kod yönetim ekipleri de ayrı olarak belirlenmiştir. Ancak acil durumların kritik olması nedeni ile tek bir kırmızı kod müdahale ekibi oluşturulmuştur.

- 1. Bölge Gevher Nesibe Hastanesi, İşitme ve Denge Merkezi, Klinik Kodlama, Spor Hekimliği, Döner Sermaye Satın Alma Müdürlüğü, Ayniyat Malzeme Deposu, Adli Tıp, Parazitoloji, Tıbbi Biyokimya, Tıbbi Mikrobiyoloji
- 2. Bölge Kalp Hastanesi, Merkezi Laboratuvar, Personel Yemekhanesi
- 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. Mesai saatleri (saat 08.00 - 17.00) içerisinde kırmızı kod müdahale ekibi, mesai saatleri dışında (saat 17.00 - 08.00) güvenlik görevlilerinden oluşan kırmızı kod müdahale ekibi öncelikli olarak müdahalede bulunur. Durumun nitelik ve niceliğine göre Afet ve Acil Durum Birim çalışanları bilgilendirilerek olaya müdahale etmeleri sağlanır.

6.2.2. Hastanelerde meydana gelebilecek yangın, sel, deprem, kimyasal sızıntı gibi acil afet durumlarında olay yerindeki çalışan “44444” numaralı telefonu tuşlayarak “**Kırmızı Kod Çağrısı Başlatılmıştır**” şeklinde sesli mesaj alındıktan sonra telefon kapatılarak kırmızı kod çağrısını başlatır.


6.2.3. Çağrıyı alan güvenlik görevlisi telsiz anonsu ile kırmızı kod çağrısı yapar ve olay yerini tarif eder. Aynı anda Afet ve Acil Durum Yönetimi Birimini mutlaka bilgilendirir.

6.2.4. Kırmızı kod çağrısını duyan önceden belirlenmiş olan müdahale ekibi yerine getirmek üzere hızlı olarak hareket eder.

6.2.5. Güvenlik görevlisi veya kırmızı kod müdahale ekibi olay yerine ulaşmaya kadar çağrıyı başlatan kişi olay yerinden ayrılmaz.

6.2.6. En yakın güvenlik görevlisinin olay yerine ulaşması ile telsizden olayın tam yeri, şekli ve büyüklüğü ile ilgili anons yapar. Olay yerine ilk kırmızı kod müdahale ekibi de gelse aynı anons yapılır.

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

| | | | |
|---|--|-------------------------|-------------------|
|  | ERCIYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ | DOKÜMAN KODU: | AD.PR.04 |
| | | YAYIN TARİHİ: | EKİM 2013 |
| | KIRMIZI KOD PROSEDÜRÜ | REVİZYON NO: | 04 |
| | | REVİZYON TARİHİ: | EYLÜL 2023 |
| | | SAYFA NO: | 2 / 3 |

6.2.7. Olay yerine ulaşan kırmızı kod müdahale ekibi çalışanın ve ortamın güvenliğini sağladıktan sonra olaya önceden belirlenmiş olan kat ekipleri ile müdahale ederek sonlanmasını veya yavaşlatılmasını sağlar.

6.2.8. Olayın durumuna göre İtfaiyeye haber verilir.

6.2.9. Kırmızı kod müdahale ekibinin olay yerine ulaşması ve müdahaleye başlaması durumunda kırmızı kod çağrı numarası "44444" aynı telefondan tekrar aranır. "Kırmızı Kod Çağrısı Sonlandırılmıştır" şeklinde bir sesli mesaj alındıktan sonra çağrı sonlandırılır.

6.2.10. Mesai saatleri içerisinde acil durum sonlandığında kırmızı kod müdahale ekibi, mesai saatleri dışında Gece İdaresi mevcut iz ve delilleri muhafaza eder.

6.2.11. Olayla ilgili tüm görüntü ve deliller Adli Mercilere verilmek üzere yedeklenir.

6.2.12. Kırmızı kod müdahale ekibi olaya maruz kalan kazazedelere gerekli bilgilendirmeleri yapar ve transferini sağlar.

6.2.13. Kırmızı kod müdahale ekibine Gevher Nesibe Hastanesi A ve B asansörü tahsis edilmiş olup, kırmızı kod verildiği andan itibaren asansörün dış çağrı butonu kenarında bulunan led aydınlatma kırmızı renkte yanar. Sistemde kırmızı 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.

6.2.14. İhtiyaç duyulması halinde tüm hastane asansörlerinin önceliği kırmızı kod müdahale ekip liderindedir.

6.2.15. Kırmızı kod uygulaması bittikten sonra ekip lideri gerekli güvenlik önlemlerini alarak olay yerini hastane yetkilisine teslim eder.

6.2.16. Kırmızı kod uygulaması bittikten sonra ekip lideri 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 "KIRMIZI KOD" yazılı alan seçilir. Böylece sadece kırmızı kod verilen tüm çağrılar ve ilgili bölge, tarih ve saat bilgilerinin yer aldığı liste görülür.
- Müdahale edilen kırmızı 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.

6.2.17. Konu ile ilgili diğer kurul (komisyon) ve ekiplerle (Tesis Güvenliği Kurulu vb.) işbirliği yapılır.

6.3. Tatbikat Hedefleri:

6.3.1. Olay yerine en kısa süre içerisinde kırmızı kod müdahale ekibinin ulaşım, müdahale edilmesini sağlamak.

6.3.2. Olaya müdahale etmek.

6.3.3. Can ve mal güvenliği için tahliyeyi gerçekleştirmek.

6.3.4. Olay sonrası güvenlik önlemlerini alarak olay yerini yetkililere teslim etmek.


6.3.5. Kırmızı kodun sonlandırılmasını sağlamak.

6.4. Tatbikat:

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

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

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

| | | | |
|---|--|-------------------------|-------------------|
|  | ERCIYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ | DOKÜMAN KODU: | AD.PR.04 |
| | | YAYIN TARİHİ: | EKİM 2013 |
| | KIRMIZI KOD PROSEDÜRÜ | REVİZYON NO: | 04 |
| | | REVİZYON TARİHİ: | EYLÜL 2023 |
| | | SAYFA NO: | 3 / 3 |

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

6.4.4. Tatbikata ait görüntüler kameraya kaydedilerek muhafazası sağlanır.

6.4.5. Tatbikata ait raporlar hazırlanır.

6.5. Uygunsuzluklara Yönelik Gerekli İyileştirmeler:

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

6.6. Eğitim:

6.6.1. Çalışanlara Kırmızı Kod uygulaması ile ilgili eğitimler verilir ve kayıt altına alınır.

6.7. Çalışanların Kırmızı Kod Hakkında Bilgilendirilmesi:

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

7. İLGİLİ DOKÜMANLAR:

7.1. Kırmızı / Turuncu Kod Olay Bildirim Formu (Web Sayfasında)

7.2. Düzeltici - Önleyici Faaliyet Formu

7.3. Yazılı ve Görsel Şemalar

7.4. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği

7.5. Sağlıkta Kalite Standartları

7.6. Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik

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