

	TIBBİ KAYIT ve ARŞİV HİZMETLERİ ÇALIŞMA TALİMATI	Doküman Kodu	TA.TL.001
		Yayın Tarihi	22.04.2016
		Revizyon Numarası	0
		Revizyon Tarihi	0
		Sayfa No	1 / 16

1.AMAÇ:

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama Araştırma Hastanesinde yatarak ve ayakta tedavi gören hastaların, acil ve adli vakalara ait kayıtların, düzenlenen ve kullanılan dokümanların toplanması ve bu dokümanların hastaların bir sonraki başvurularında veya araştırmacılar veya adli makamlarca her istenildiğinde hazır bulundurulması için arşiv sistemi içinde tasnif ve muhafaza edilmesine ilişkin usul ve esasları belirlemektir.

2.KAPSAM: KSU Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi

3.SORUMLULAR:Başhekim Yrd., Hastane Müdürü, Arşiv Birim Sorumlusu

4.TANIMLAR:

4.1.Hasta Dosyası: KSU SUA Hastanesinde ayakta ve yatarak tedavi gören hastalara, acil ve adli vakalara ait teşhis ve tedavi evrakının muhafaza edildiği; dış yüzeyi parlak selafon, numaralı, renk kodlaması olan A4 kağıdı boyutlarında kartondan imal edilmiş ve iki kapaktan oluşan telli saklama aracını ifade eder.

4.2.Vekil Dosya: Arşivde alınan dosyaların Dosya İzleme Fişi ile takip edilmesi amacıyla, asıl dosyanın yerine geçici olarak konulan ve asıl dosya ile aynı ebatlardaki biri A4 boyutunda diğeri onun üstünde dosya istek fişinin konulacağı şeffaf cep bulunan; araştırma için alınanların kırmızı, diğer birimlere gönderilenlerin siyah renkte olduğu plastik dosyayı ifade eder.

5. FAALİYET AKIŞI

BELGELERİN SAKLANMASINA YÖNELİK DÜZENLEMELER

5.1.Elektronik (bilgisayar) ortamda bulunan belgeler:

- *Hastaya ait tanıtım bilgileri
- *Hasta servis bilgileri
- *Laboratuvar tetkik sonuçları
- *Görüntüleme Hizmetleri (MR-Röntgen-BT-USG vb.)
- *Epikriz
- *Konsültasyon Formu

5.2. Kağıt ortamına dayalı bulunan belgeler:

- *Hasta yatış formu
- *Anamnez Formu
- *Hemşire Gözlem Formu



TIBBİ KAYIT ve ARŞİV HİZMETLERİ ÇALIŞMA TALİMATI

Doküman Kodu	TA.TL.001
Yayın Tarihi	22.04.2016
Revizyon Numarası	0
Revizyon Tarihi	0
Sayfa No	2 / 16

- *Order
- *Hemşire Anamnez Formu
- *Hasta Eğitim Formu
- *Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi
- *Preop Hemşire Takip Formu
- *Onam Formu
- *Anestezi Formu
- *Konsültasyon Formu
- *Doğum Raporu
- *Ölüm Belgesi
- *Ayak İzi Kartı
- *Sevk Formu
- *Kan Transfüzyon İstem Formu

5.3.Elektronik ve Kağıt ortamına dayalı bulunan belgeler:

- *Hastaya ait tanıtım bilgileri
- *Hasta servis bilgileri
- *Laboratuar tetkik sonuçları
- *Görüntüleme Hizmetleri (MR-röntgen-tomo)
- *Epikriz
- *Konsültasyon Formu
- *Hasta yatış formu
- *Anamnez Formu
- *Hemşire Gözlem Formu
- *Order
- *Hemşire Anamnez Formu
- *Hasta Eğitim Formu
- *Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi
- *Preop Hemşire Takip Formu
- *Onam Formu
- *Anestezi Formu
- *Konsültasyon Formu
- *Doğum Raporu
- *Ölüm Belgesi



TIBBİ KAYIT ve ARŞİV HİZMETLERİ ÇALIŞMA TALİMATI

Doküman Kodu	TA.TL.001
Yayın Tarihi	22.04.2016
Revizyon Numarası	0
Revizyon Tarihi	0
Sayfa No	3 / 16

*Ayak İzi Kartı

*Sevk Formu

*Kan Transfüzyon İstem Formu

6.SORUMLULAR:

6.1. Başhekim Yardımcısı

6.2. Hastane Müdürü

6.3. Arşiv Sorumlusu

7.BAĞLI OLDUĞU BİRİM

7.1.İdari olarak : Başhekim Yardımcısı

7.2.İşleyiş Olarak: Hastane Müdürü

8. GÖREV YETKİ VE SORUMLULUKLAR

8.1 Arşiv Sorumlusu Yetki ve Sorumlulukları:

Kurumun belirlediği politika, hedef, kural ve düzenlemeler doğrultusunda memurluk hizmetlerinin yerine getirilmesini ve kurumdaki hizmet sürekliliğini sağlamaktır.

8.2 Görevleri:

* Hasta dosyalarının arşivleme işlemlerini yapar.

* Hastanemizde yatan hastaların dosyalarının, film grafiklerinin, poliklinik defterlerinin, servis defterlerinin, ameliyat defterlerini arşivlemek

*Hasta dosyalarının arşivleme işlemlerini yapar.

*Yıl içerisinde gelen hasta dosyalarını protokollerine göre en az 10 yıl süre ile arşivler.

*Poliklinik, servis ve ameliyathane defterlerini arşivler.

*Saklama süresi yılı geçmiş hasta dosyalarını İmha Komisyonu nezaretinde imha edilmesini sağlar.

*Arşiv odaları daima düzenli, tertipli, temiz tutulmasını sağlar

* Dosyalar kat sekreterlerince içerikleri hazırlanarak kontrolleri yapılarak teslim alınmak üzere arşiv bölümünce teslim alınır.

*Kabul edilen dosyalar depolama bölümünce arşive yerleştirilir.

* İlgililere dosyaların teslimini ve geri alınmasını resmi dilekçe ve tutanak karşılığı yapar..

* Saklama süresi tamamlanan yılı geçmiş hasta dosyalarını İmha Komisyonu nezaretinde imha edilmesini sağlar.

	TIBBİ KAYIT ve ARŞİV HİZMETLERİ ÇALIŞMA TALİMATI	Doküman Kodu	TA.TL.001
		Yayın Tarihi	22.04.2016
		Revizyon Numarası	0
		Revizyon Tarihi	0
		Sayfa No	4 / 16

*Arşiv birimini hasarata karşı korumak için her türlü önlem alınır.

* Mikroorganizmalara karşı yılda bir kez en az bir defa ilaçlama işlemi yapılır.

* Arşiv biriminde bulunan yangın söndürme cihazları yangın talimatı çerçevesinde devamlı çalışır halde bulundurulur.

* Görevini Kalite Yönetim Sistem politikası, hedefleri ve prosedürlerine uygun olarak yürütür.

9.HASTANE STANDART DOSYA PLANI VE İÇERİĞİ:

13/1/1983 tarihli ve 17927 sayılı Resmî Gazete’de

yayımlanarak yürürlüğe giren Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği’nin 32 nci

maddesine dayanılarak hazırlanan yataklı tedavi kurumlarına muayene, teşhis ve

tedavi amacıyla gelen hastalara, yaralılara, acil ve adlî vak’alara ait kayıtların, düzenlenen

ve kullanılan dokümanların toplanmasına ve bu dokümanların hastaların daha sonraki

başvurularında veya araştırmacılar veyahut adlî makamlarca her istenildiğinde derhal hazır

bulundurulması için merkezi tıbbî kayıt ve arşiv sistemi içinde tasnif ve muhafaza

edilmesine ilişkin usûl ve esasları belirlemektir.

9.1.Hasta Dosyasının İçeriğinde Şu Belgeler Bulunmalıdır:

9.1.1. Hasta Yatış kâğıdı

9.1.2. Muayene kâğıdı

9.1.3. Röntgen istek kâğıdı ve raporları

9.1.4. Laboratuvar istek kâğıdı ve tetkik raporları

9.1.5. Ameliyat kâğıdı

9.1.6.Rıza Belgesi

9.1.7. Epikriz

10.HASTA DOSYASI İÇERİĞİNİN KONTROLÜ VE EKSİKLİĞİNİN TAMAMLANMASI



TIBBİ KAYIT ve ARŞİV HİZMETLERİ ÇALIŞMA TALİMATI

Doküman Kodu	TA.TL.001
Yayın Tarihi	22.04.2016
Revizyon Numarası	0
Revizyon Tarihi	0
Sayfa No	5 / 16

- 10.1** Hasta taburcu olurken tedavi işlemleri süresince üretilen tüm dokümanlar servis sorumlu hemşireleri tarafından kontrol edildikten sonra servis sekreteri tarafından tarih sırasına göre düzenlenerek hasta dosyasına takılır.
- 10.2** Taburcu olan hastaların dosyalarının en kısa süre içerisinde evraklarının tamamlanarak Arşive gönderilmesi gerekmektedir.
- 10.3** Hasta dosyası ile işi biten servis sekreteri dosyayı düzenledikten ve gerekli işaretlemeleri yaptıktan sonra dosyayı Arşive gönderir.
- 10.4** Gönderilen hasta dosyaları sorumlu Dosyalama Memuru tarafından aşağıdaki unsurlar açısından kontrol edilerek teslim alınır.
- ✓ Dosya üzerine herhangi bir barkot yapıştırılmamış olmalıdır.
 - ✓ Dosya içerisindeki belgeler düzenlenerek tele takılmış olmalıdır.
 - ✓ Yatak başında kullanılan şeffaf dosyalar dosya içerisine takılmamalıdır.
 - ✓ EKG, USG, NST, kan gazı vb. özel çıktılar titizlikle düzenlendikten sonra düzgün bir şekilde tele takılmalı, ataç veya zımba kullanılmamalıdır.
 - ✓ Hastanemizde Ex olan hastalar için Hasta Kartında gerekli işaretleme yapılmalı ve hasta dosyasının üzerine EXITUS notu düşülmelidir. Ex hasta dosyaları, Arşivden tekrar istenemediği için tüm evrakları titizlikle düzenlendikten ve gerekli imzalar alındıktan sonra Arşive gönderilmelidir.
 - ✓ Adli vaka başvurusuyla gelen hastanın dosyasına ADLİ VAKA notu düşülmeli, HBYS içerisinde gerekli alan işaretlemeler yapılmalıdır.
 - ✓ Tüm dokümanların sonuna hastanın son yatışına ait taburculuk özeti (epikriz) imzalatılmış olarak takılmalıdır.
- 10.5** Dosyanın arasına konarak, tele takılmadan gönderilen dokümanlar, düzensiz dosyalar, epikrizi olmayan veya epikrizi imzasız olan dosyalar teslim alınamaz.
- 10.6** Servis sekreteri tarafından eksiksiz hazırlanan hasta dosyası yine servis sekreteri tarafından arşiv memuruna teslim edilir.

11. UYGULAMA DETAYI (FAALİYET AKIŞI):

11.1 Dosyaların Açılması

11.1.1. Hasta ve/veya yaralı için Hastane bünyesinde verilen tüm teşhis ve tedavi hizmetlerine ilişkin üretilen form ve dokümanların tamamının tek bir dosyada tutulması esastır.

11.1.2. Acil servis ve klinik servislere ilk kez yatan hastalara, servislere zimmet karşılığı teslim edilen dosyalar, servis sekreteri veya acil vezne görevlisi tarafından sıra numarasına göre açılır ve dosya numarası HBYS içerisinde 'Arşiv No' alanına kaydedilir.



TIBBİ KAYIT ve ARŞİV HİZMETLERİ ÇALIŞMA TALİMATI

11.1.3. HBYS’de ‘Arşiv No’ kaydı bulunmayan ancak önceden yatışı olan hastaların Arşivdeki eski dosyalarının alınarak dokümanların tarih sırasına göre yeni dosyaya aktarılmasının sorumluluğu servis sekreterine aittir.

11.1.4. Hasta dosyasının üzerine hastanın soyadı, adı okunaklı bir şekilde tükenmez kalemle yazılır. Sonradan olan ad veya soyadı değişikliği durumlarında dosya üzerinde gereken düzeltme ilgili sekreter tarafından yapılır.

11.1.5. Adli Vaka ve Ex işaretlemeleri ilgili sekreter tarafından hem Hasta Dosyası üzerine hem de HBYS içerisine yapılır.

11.1.6. Hasta dosyasına hiçbir barkot yapıştırılmaz. Gerekli durumlarda hasta barkotları Hasta Kartının üzerine, ilaç ve malzeme barkotları ise Hizmet Formuna yapıştırılarak dosyaya takılır.

11.1.7. Yeni açılan her dosyaya ilk evrak olarak Hasta Kartının çıktısı alınarak takılır.

11.1.8.Dosya kaydı bulunan bir hasta için yeni dosya açılmaz.

11.2. Arşivden Dosya İstenmesi

11.2.1 Arşiv dosyası bulunan hastanın daha sonraki yatışlarında Arşiv No ile HBYS üzerinden dosya istek yapılır.

11.2.2. Servislerde yatışı olan veya kür alan hastaların dosyasının, yatış süresince serviste bulundurulması gerekmektedir.

11.2.3. ‘Tedavi’, ‘Muayene’, ‘Araştırma dosyası’, ‘İdari inceleme’, ‘Adli vaka’, ‘Fotokopi’, ‘Evrak Yerleştirme’ ve ‘Eğitim Amaçlı’ dosya istemlerinin tamamı HBYS içerisinde ‘İstem Oluşturma’ ekranından, yetkiler doğrultusunda yapılır.

11.2.4. Acil servislerde Arşivden dosya istemi yapılmaz. Hasta yatış işlemleri ekranında ‘Arşiv No’ alanı boş ise yeni dosya açılır ve dosya numarası ‘Arşiv No’ alanına kaydedilir. Hastaya tanımlı bir Arşiv numarası varsa, o numara üzerinden Model dosya açılır. Üretilen dokümanlar tarih sırasına göre Model Dosyaya takılarak Arşive gönderilir.

11.3.Dosyaların Arşivden Çıkışı

11.3.1. Arşiv Hareketleri ‘İstem Karşılama’ ekranına düşen isteklerin ‘Dosya İzleme Fişleri’ İstem Karşılama Memuru tarafından çıkartılır, numara sırasına konur ve Vekil dosyalara yerleştirilir.

11.3.2. İstek yapılan dosyalar, yerlerine Vekil dosyalar yerleştirilerek yerinden çıkartılır, üzerine gideceği servis ismi kurşun kalemle not alınır ve Giden Dosya dolaplarındaki ilgili rafa konur.



TIBBİ KAYIT ve ARŞİV HİZMETLERİ ÇALIŞMA TALİMATI

11.3.3.HBYS üzerinden ‘Tedavi’ amaçlı yapılan dosya isteklerinde acil olduğu bildirilenler hemen, diğerleri ortalama 20 dakikalık bir bekleme süresinden sonra Arşivden çıkartılır ve Dosyalama Memuru tarafından istek yapan sekretere teslim edilir.

11.3.4. Sekreter tarafından yapılan ‘İstem Kabul’ işlemi sonrası dosya konumu ilgili servisin üzerine geçer.

11.3.5.Muayene amaçlı poliklinikten dosya istemleri, servis sekreterinin istemi doğrultusunda gelen poliklinik görevlisine dosyanın teslim edilmesi şeklinde gerçekleştirilir.

11.3.6.Adli Vaka', 'İdari İnceleme', 'Fotokopi', 'Evrak Yerleştirme', 'Araştırma Dosyası' ve 'Eğitim Amaçlı' dosya kullanımları ilgili prosedür doğrultusunda yapılır.

11.3.7.Arşivden hiçbir dosya kayıtsız olarak çıkarılamaz ve hasta yakınlarına teslim edilemez.

11.3.8.Hasta dosyasının hastanın eline verilmeden Arşiv – Sekreter – Doktor arasında dolaşımı sağlanmalıdır.

11.4.Hasta Dosyaların Teslim Alınması, İçeriğinin Kontrolü ve Kabulü

11.4.1.Hasta taburcu olurken tedavi işlemleri süresince üretilen tüm dokümanlar servis sorumlu hemşireleri tarafından kontrol edildikten sonra servis sekreteri tarafından tarih sırasına göre düzenlenerek hasta dosyasına takılır.

11.4.2. Taburcu olan hastaların dosyalarının en kısa süre içerisinde evraklarının tamamlanarak Arşive gönderilmesi gerekmektedir.

11.4.3.Hasta dosyası ile işi biten servis sekreteri dosyayı düzenledikten ve gerekli işaretlemleri yaptıktan sonra HBYS üzerinden dosyayı Arşive gönderir.

11.4.4.HBYS üzerinden gönderisi yapılan dosyalar sorumlu Dosyalama Memuru tarafından aşağıdaki unsurlar açısından kontrol edilerek teslim alınır.

- ✓ Dosya üzerine herhangi bir barkot yapılmamış olmalıdır.
- ✓ Dosya içerisindeki belgeler düzenlenerek tele takılmış olmalıdır.
- ✓ Yatak başında kullanılan şeffaf dosyalar dosya içerisine takılmamalıdır.
- ✓ EKG, USG, NST, kan gazı vb. özel çıktılar titizlikle düzenlendikten sonra düzgün bir şekilde tele takılmalı, ataç veya zımba kullanılmamalıdır.
- ✓ Hastanemizde Ex olan hastalar için Hasta Kartında gerekli işaretleme yapılmalı ve hasta dosyasının üzerine EXITUS notu düşülmelidir. Ex hasta dosyaları, Arşivden tekrar istenemediği için tüm evrakları titizlikle düzenlendikten ve gerekli imzalar alındıktan sonra Arşive gönderilmelidir.

	TIBBİ KAYIT ve ARŞİV HİZMETLERİ ÇALIŞMA TALİMATI	Doküman Kodu	TA.TL.001
		Yayın Tarihi	22.04.2016
		Revizyon Numarası	0
		Revizyon Tarihi	0
		Sayfa No	8 / 16

- ✓ Adli vaka başvurusuyla gelen hastanın dosyasına ADLİ VAKA notu düşülmeli, HBYS içerisinde gerekli alan işaretlemeler yapılmalıdır.
- ✓ Tüm dokümanların sonuna hastanın son yatışına ait taburculuk özeti (epikriz) imzalatılmış olarak takılmalıdır.

11.4.5.Dosyanın arasına konarak, tele takılmadan gönderilen dokümanlar, düzensiz dosyalar, epikrizi olmayan veya epikrizi imzasız olan dosyalar teslim alınamaz.

11.4.6.Servis sekreterinden teslim alınan dosyalar Dosyalama Memuru tarafından Arşive indirilir.

11.4.7.Dosyalama Memuru tarafından Arşiv modülü üzerinden dosyalar kontrol edilerek ‘Kabul Etme’ işlemi uygulanır. İşlem sonrası dosya konumu Arşivin üzerine geçer.

11.4.8.Ay içerisinde Arşivden çıkışı yapılan ve Arşive kabul edilen dosya istatistikleri ‘Eksiksiz Doldurulan Hasta Dosyası Oranı İzleme İndikatörü’ ile Kalite Yönetimi Birimine bildirilir.

11.5.Kabul Edilen Dosyaların Arşivde Yerleştirilmesi

11.5.1. Arşive kabulü gerçekleştirilen hasta dosyaları numaralarına göre sıralanır. Dosyalar numara kontrolü yapılarak yerine yerleştirilir. Yerinde Vekil dosya varsa çıkartılarak, büyük cepteki belgeler dosyaya takılır, küçük cepteki ‘Dosya İzleme Fişi’ iptal edilir.

11.5.2 Acil servisten gelen Model Dosyalar Arşivde asıl dosya ile birleştirilerek yerine yerleştirilir. Yerinde Vekil dosya varsa, Model dosyadaki belgeler Vekil dosyanın büyük cebine yerleştirilir.

11.5.3.Yerleştirilecek dosyanın yerinde aynı numara ve isimli Model Dosya varsa Hasta Dosyası ile birleştirilir.

11.5.4. Kullanılmayacak kadar eskimiş, yırtılmış olan dosyalar yerine kaldırılmadan önce aynı numara ile yeni dosya yapılarak içindeki dokümanlar aktarılır ve dosya yerine kaldırılır.

11.5.5.Yerinde kırmızı Vekil dosya bulunan dosyalar yerine yerleştirildikten sonra, kırmızı Vekil dosyalar içindeki ‘Dosya İzleme Fişi’ne dokunulmadan Araştırma memuruna teslim edilir.

11.6.Araştırma Dosyalarının Kullanımı

11.6.1.Araştırma dosyaları için otomasyon üzerinden ‘Araştırma Dosyası’ olarak ve ‘Doktor’ alanı doldurularak istem yapılması sağlanır.

	TIBBİ KAYIT ve ARŞİV HİZMETLERİ ÇALIŞMA TALİMATI		Doküman Kodu	TA.TL.001
			Yayın Tarihi	22.04.2016
			Revizyon Numarası	0
			Revizyon Tarihi	0
			Sayfa No	9 / 16

11.6.2.Gelen istemlerin Dosya İzleme Fişi çıkartılarak kırmızı Vekil dosyaya konur ve dosya raftan çıkartılır.

11.6.3.Araştırma amaçlı eski dosya istemlerinde, hastaya yeni dosya açılarak dokümanları aktarıldıktan sonra otomasyon üzerinden istem yapılması sağlanır.

11.6.4.Araştırma Amaçlı Dosya Teslim Tutanağı” doldurarak 2 nüsha olarak çıktısı alınır. Tutanaklar dosyalarla birlikte istem yapan doktora götürülür ve imzalatılır. Bir kopyası bilgi amaçlı doktorda bırakılır, diğer kopyası Arşive indirilerek dosyalanır.

11.6.5.Geçerli süre içerisinde Arşive gönderilmeyen dosyaların kullanım süresinin uzatılması için Arşive konu ile ilgili bir dilekçe gönderilmelidir.

11.6.6.Araştırma Amaçlı Dosya Teslim Tutanakları ayrı bir klasörde muhafaza edilir.

11.6.7.Araştırma dosyaları Arşive geldiğinde “Araştırma Amaçlı Dosya Teslim Tutanağı”nda ilgili işaretlemeler yapılır, dosyalar kabul edilir ve yerine yerleştirilir.

11.6.8.Gelmeyen dosyalar varsa araştırmacı bilgilendirilir.

11.7.Eğitim Amaçlı Dosyalarının Kullanımı

11.7.1.Eğitim amaçlı hasta dosyası kullanımı için “Eğitim Amaçlı Dosya Teslim Tutanağı” doldurularak idari onay alınır.

11.7.2.Otomasyon üzerinden ‘Eğitim Amaçlı’ seçeneği kullanılarak ve ‘Doktor’ alanı doldurularak istem yapılması sağlanır.

11.7.3.Gelen istemlerin Dosya İzleme Fişi çıkartılarak kırmızı Vekil dosyaya konur ve dosya raftan çıkartılır.

11.7.4.Eğitim Amaçlı Dosya Teslim Tutanağı” imzalatılarak dosyalar teslim edilir. Tutanağın bir kopyası bilgi amaçlı doktorda bırakılır, diğer kopyası Arşive indirilerek dosyalanır.

11.7.5.Geçerli süre içerisinde Arşive gönderilmeyen dosyaların kullanım süresinin uzatılması için Arşive bilgi verilmelidir.

	TIBBİ KAYIT ve ARŞİV HİZMETLERİ ÇALIŞMA TALİMATI	Doküman Kodu	TA.TL.001
		Yayın Tarihi	22.04.2016
		Revizyon Numarası	0
		Revizyon Tarihi	0
		Sayfa No	10 / 16

11.7.6.Eğitim amaçlı eski dosya istemlerinde, hastaya yeni dosya açılarak dokümanları aktarıldıktan sonra otomasyon üzerinden istem yapılması sağlanır.

11.7.7.Gönderimi yapılan dosyalar alınarak, İstem Kabul işlemi yapılır ve yerine yerleştirilir.

11.8.İdari İnceleme Amaçlı Dosya Kullanımı

11.8.1.Başhekimlik, Rapor Merkezi, Faturalama, Hasta Hakları, İstatistik vb. idari birimlerden gelen dosya istekleri HBYS üzerinden ‘İdari İnceleme’ alanı seçilerek ve ‘Açıklama’ alanı doldurularak yapılır.

11.8.2.Gelen istemlerin ‘Dosya İzleme Fişi’ çıkartılarak kırmızı Vekil dosyaya konur ve dosya, yerine Vekil dosya yerleştirilerek raftan çıkartılır.

11.8.3.İdari inceleme amaçlı eski dosya istemlerinde, hastaya yeni dosya açılarak dokümanları aktarıldıktan sonra otomasyon üzerinden istem yapılması sağlanır.

11.8.4.Dosya, gelen birim görevlisine teslim edilerek HBYS üzerinden dosyanın kabul edilmesi gerektiği konusunda bilgi verilir.

11.8.5.İdari İnceleme Amaçlı Dosya Teslim Tutanağı” doldurularak dosyayı almaya gelen birim görevlisine imzalatılır.

11.8.6.İdari İnceleme Amaçlı Dosya Teslim Tutanakları ayrı bir klasörde muhafaza edilir.

11.8.7.Dosyalar Arşive geldiğinde “İdari İnceleme Amaçlı Dosya Teslim Tutanağı”nda ilgili işaretlemeler yapılır, dosya kabul edilir ve yerine yerleştirilir.

11.9.Adli Vaka Amaçlı Dosya Kullanımı

11.9.1.Hastanemizde adli vaka başvurusu olan dosyaların üzerine ‘ADLİ VAKA’ kaşesi vurulmakta ve HBYS içerisinde Arşiv Menüsü üzerinde Adli Vaka dosyası olduğunu belirten ‘Kırmızı zemin’ uyarısı kullanılmaktadır.

Hastanemizin adli birimlerle iletişimi Rapor Merkezi tarafından yürütülmektedir. Adli makamlara iletilmek üzere ‘Adli Vaka’ amaçlı dosya istemleri, Rapor Merkezi görevlisi



TIBBİ KAYIT ve ARŞİV HİZMETLERİ ÇALIŞMA TALİMATI

Doküman Kodu	TA.TL.001
Yayın Tarihi	22.04.2016
Revizyon Numarası	0
Revizyon Tarihi	0
Sayfa No	11 / 16

tarafından HBYS üzerinden istek nedeni olarak ‘Adli Vaka’ veya ‘Fotokopi’ seçilerek ve ‘Açıklama’ alanına gerekçe yazılarak yapılmaktadır.

11.9.2.Gelen istemlerin ‘Dosya İzleme Fişi’ çıkartılarak kırmızı Vekil dosyaya konur ve dosya yerine kırmızı Vekil dosya yerleştirilerek raftan çıkartılır.

11.9.3.Adli vaka amaçlı eski dosya istemlerinde, hastaya yeni dosya açarak dokümanları aktarıldıktan sonra otomasyon üzerinden istem yapılması sağlanır.

11.9.4.HBYS üzerinden dosyanın kabul edilmesi gerektiği konusunda birim görevlisine bilgi verilir.

11.9.5.Gerekli durumlarda “Adli Vaka Amaçlı Dosya Teslim Tutanağı” doldurularak birim görevlisine imzalatılır.

11.9.6.Adli Vaka Amaçlı Dosya Teslim Tutanakları ayrı bir klasörde muhafaza edilir.

11.9.7.Dosyalar Arşive geldiğinde “Adli Vaka Amaçlı Dosya Teslim Tutanağı”nda ilgili işaretlemeler yapılır, dosya kabul edilir ve yerine yerleştirilir.

11.10.Dosyadan Fotokopi İstemlerinin Karşıllanması

11.10.1.Hasta dosyası Hastaneye aittir.

11.10.2.Hasta dosyasından doküman fotokopisi isteklerinde;

11.10.3.Hastanın kendisine yazılı müracaatı ve kimlik fotokopisi ile verilebilir.

11.10.4.Hastanın küçük, temyiz kudretinden yoksun veya kısıtlı olması halinde velisi veya vasisinin yazılı müracaatı ve kimlik fotokopisi ile verilebilir.

11.10.5.Hastanın birinci derece yakınına hastanın yazılı izni ve kimlik fotokopisi ile verilebilir.

11.10.6.Adli vaka hasta dosyası hastanın gelemeyecek olduğu durumlarda hastanın birinci derece yakınına hastanın dilekçesi veya doktorun yazılı veya sözlü dosya istemi ile verilebilir.

11.10.7.Hastanın noter tasdikli vekaleti doğrultusunda verilebilir.

11.10.8.Ex hasta dosyaları gerekçeli yazı ve Başhekimlik onayı ile verilebilir.

11.10.9.Gerekli görülen hallerde (Sigorta şirketi istemleri, dava açma durumları vb.) hasta dosyası idari amirin onayı doğrultusunda verilebilir.

Doküman Kodu	TA.TL.001
Yayın Tarihi	22.04.2016
Revizyon Numarası	0
Revizyon Tarihi	0
Sayfa No	12 / 16

13.1.T.C. Başbakanlık Devlet Arşivleri Genel Müdürlüğü Saklama Planlarında
Üniversitelerin Tıp Fakülteleri için hasta dosyasının saklama süresi 100 yıldır ve bu sürenin sonunda önemli şahsiyetlere ait hasta dosyaları Devler Arşivi'ne gönderilmelidir.

	TIBBİ KAYIT ve ARŞİV HİZMETLERİ ÇALIŞMA TALİMATI		Doküman Kodu	TA.TL.001
			Yayın Tarihi	22.04.2016
			Revizyon Numarası	0
			Revizyon Tarihi	0
			Sayfa No	13 / 16

13.2.Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Saklama Süreli Standart Dosya Planı gereğince hasta dosyasını saklama süresi 101 yıldır.

13.3.Hasta Dosyaları, Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesi 5.7.1.10. sayılı “Bütün hasta sağlık kayıtları fiziksel olarak korunmuş mekânlarda saklanmalıdır” maddesi gereğince, yetkisiz personelin erişemeyeceği bir şekilde, metal raflarda muhafaza edilir.

13.4.Adli vaka olarak açılan hasta dosyaları normal hasta dosyalarından ayrı bir yerde muhafaza edilir.

13.5.Arşivde yapılacak ayıklama ve imha işlemleri, Hastane içinde oluşturulacak olan Arşiv İmha Komisyonunca, Devlet Arşivleri Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik hükümleri gereğince yapacaktır.

14.HASTA DOSYALARININ KORUNMASI

14.1.Hasta dosyaları, hasta kayıtlarının güvenliği açısından yetkisiz personelin erişemeyeceği şekilde hırsızlığa karşı korumalı olarak, metal raflarda, dosya numarasına göre muhafaza edilir.

14.2.Yangına karşı, yangın söndürme cihazları yangın talimatı çerçevesinde daimî çalışır durumda bulundurulur.

14.3.Arşiv alanı içerisinde ısı ve nem takibi yapılır.

14.4.Yılda en az bir defa mikroorganizmalara karşı koruyucu olarak Arşivde ilaçlama yapılır.

14.5.Çalışmalar esnasında gizlilik esasları gözetilir. Her ne sebeple olursa olsun hasta dosyaları Arşivden kayıtsız olarak dışarıya çıkartılamaz, kullanım amaçları dışında kullanılamaz. Gerekli durumlarda hasta dosyası kullanımı konusunda Başhekimlikçe onaylanan “Hasta Dosyası Kullanımı” konulu resmi yazıya binaen hareket edilir.

15)TIBBİ KAYITLARDA YER ALAN BİLGİLERİN MAHREMİYETİ VE GÜVENLİĞİ

15.1.AMAÇ:

Hastanemize başvuruda bulunan kişilere ait bilgilerin güvenliğinin sağlanması amaçlı depoladığımız sistemleri yetkisiz erişime karşı korumak için fiziksel güvenlik önlemlerini almak ve bunun devamlılığını sağlamaktır. Bu talimatın amacı, hastaya ait bilgilerin mahremiyeti konusunda uyulması gereken kuralları tanımlamaktır.

15.2.İŞLEMLER:

15.2.1.Bilgi Güvenliğinin Sağlanması

Hasta bilgi güvenliğinin sağlanması için HBYS firmasından destek hizmeti alınmaktadır.



TIBBİ KAYIT ve ARŞİV HİZMETLERİ ÇALIŞMA TALİMATI

Doküman Kodu	TA.TL.001
Yayın Tarihi	22.04.2016
Revizyon Numarası	0
Revizyon Tarihi	0
Sayfa No	14 / 16

Her kademedeki Hastane personeli ancak yetkilendirilmiş olduğu işlemleri, diğer Hastane prosedürlerine uygun olarak uygular.

Kişilere ait bilgilerin güvenliğinin sağlanması için öncelikle verilerin doğru olarak toplanması, depolanması ve kullanılmasına ilişkin uygulamalarımızın ve güvenlik önlemlerimizin dâhili olarak gözden geçirilmesi ve kişisel verileri depoladığımız sistemleri yetkisiz erişime karşı korumak için fiziksel güvenlik önlemlerinin alınmasını içerir.

Hastanemiz otomasyon sistemine kimlerin hangi yetkilerle ne tür verilere ulaşabileceği Bilgi İşlem Yetkilendirme Talimatı ile belirlenmelidir.

Kişisel bilgilere erişim hizmetlerimizi işletmek, geliştirmek ve iyileştirmek için onları bilmeleri gereken hastane çalışanları, yüklenicileri ve aracılılarıyla sınırlı tutulur. Bu bireyler gizliliği koruma yükümlülükleri altında çalışırlar ve bu yükümlülüklere uymamaları durumunda, işlerine son verilmesi, disiplin cezası ve yasal işlemler başlatılır.

15.2.2. Veri Bütünlüğünün Sağlanması

Sağlık hizmetlerimizin devamlılığını sağlamak veya geliştirmek için gerekli olan kişisel bilgileri topladığımızdan, depoladığımızdan ve kullandığımızdan emin olmak için, veri toplama, depolama ve kullanmaya ilişkin uygulamalar tekrar kontrol edilerek, kullanılan bilgilerin doğru, tam ve geçerli olmasını sağlamak amacıyla kişisel bilgilerin güncellemeleri gerektiğinde hastalara başvurulur.

15.2.3. Bilgi İsteme Hakkını Kullanması

*Hastanemize başvuran kişiler sosyal, dinsel, fiziksel, ruhsal ve düşünsel özelliklerine bakılmaksızın, var olan tanı, tedavi ve rehabilitasyon olanaklarından en üst düzeyde yararlanma hakkına sahiptir.

*Kurumumuzda verilen tüm hizmetler için hastane tanıtım kitapçığı bulunmaktadır. Bu kitapçık tüm hizmetlerimize ulaşım konusunda gereken bilgiyi içerir. Ayrıca Hastanemizde verilen hizmetler, topluma yönelik tanıtım seminerleri vb. bilgiler duyuru panoları aracılığı ile de yapılmaktadır.

*Hastalarımızın, kendileri ya da yasal vasileri kanalı ile tanı ve tedavinin tüm süreçlerine ve hastalığın olası gidişatına ilişkin tam ve yeni bilgi alma, kuruluşumuzun kendilerine ilişkin tıbbi dokümantasyonun bir kopyasını alma hakkı vardır.

15.2.4. Kayıtları İnceleme Hakkını Kullanması

*Hastalar, dosyasında bulunan bilgi kayıtlarını, doğrudan veya vekili veya kanuni temsilcisi vasıtası ile inceleyebilir ve bir suretini alabilir. Bu kayıtlar, sadece hastanın tedavisi ile doğrudan ilgili olanlar tarafından görülebilir. *Hasta katlarında bulunan hasta dosyalarımız



TIBBİ KAYIT ve ARŞİV HİZMETLERİ ÇALIŞMA TALİMATI

Doküman Kodu	TA.TL.001
Yayın Tarihi	22.04.2016
Revizyon Numarası	0
Revizyon Tarihi	0
Sayfa No	15 / 16

hasta taburcu işlemleri tamamlandıktan sonra güvenliği sağlanmış arşivlerde ve bilgisayar sistemlerinde tutulmaktadır.

Bakım verecek sağlık çalışanları hastaya ait eski kayıtlara gerekli görüldüğü durumlarda ulaşabilmelidir.

15.2.5.Bilgilerin Düzeltilmesinin sağlanması

*Kurumumuza müracaat eden kişiler talep ettikleri kayıtlarda herhangi bir kayıt eksikliği, tanımlama hatası, açıklama ya da düzeltme talep ederler ise; hasta dosyası Başhekim ve onun belirleyeceği yetkili muhakkik tarafından incelenerek uygun bulunur ise düzeltme yapılarak kişiye düzeltme bildirilir. Yapılan inceleme neticesinde düzeltme tıbbi, etik ve yasal kurallara uygun bulunmuyor ise düzeltmenin yapılmayacağı ilgili kişiye bildirilerek yasal süreci başlatabileceği bildirilir.

15.2.6.Bilgi Verilmesi Uygun Olmayan Ve Tedbir Alınması Gereken Hallerle İlgili Bilginin Verilmesi

*Kurumumuzda hasta ile ilgili tüm tıbbi bilgiler her gün hekim ve sorumlu hemşire tarafından hastaya veya hasta yakınına anlatılarak durumu hakkında bilgilendirme yapılır.

Konulan teşhisin hastaya söylenmesinin doğuracağı olumsuz etkiler göz önünde bulundurularak hastalığının artması ihtimalinin bulunması veya hastalığın seyrinin ve sonucunun vahim görülmesi hallerinde, teşhis hastadan saklanabilir. Ancak hastanın yasal temsilcisine tüm bilgiler verilerek beraber karar oluşturulur.

Tedavisi olmayan bir teşhis, ancak bir hekim tarafından ve tam bir ihtiyat içinde bildirilir.

Yasal konular dışında, hasta, sağlık durumu hakkında kendisine veya ailesine, yakınlarına bilgi verilmemesini isteyebilir. Hasta veya hasta yakını hakkında bilgi almak istediği alanları ve sınırları tarafımıza bildirmelidir.

15.2.7.Bilgi Verilmesini Yasaklama durumu

*Hastalarımız sağlık durumu hakkında verilecek gerçek bilgilerin kendisini etkileyeceğini düşünüyor ise bu konuda kendisine ve ailesine bilgi verilmemesini talep edebilir. Bu durum Genel Bilgilendirme ve Onam Formu'na not olarak yazılır.

*Bu amaçla bilgi verilmesi yasaklanan durum ve kişiler (yasal yeterlilik çerçevesinde) kurumumuz yetkililerine yazılı olarak bildirilir. Hastalarımız tek kişilik odalardayken yapılan işlemler esnasında yanlarında bulunacak veya bulunmayacak yakınlarına karar vererek bunu bildirirler.

*Hastalarımız ile ilgili bilgilerin paylaşımları hastalarımızın ve yasal temsilcilerinin belirlediği kişilerin yanında ve onların belirlediği ortamlarda yapılmaktadır. Hastalarımızın

	TIBBİ KAYIT ve ARŞİV HİZMETLERİ ÇALIŞMA TALİMATI		Doküman Kodu	TA.TL.001
			Yayın Tarihi	22.04.2016
			Revizyon Numarası	0
			Revizyon Tarihi	0
			Sayfa No	16 / 16

ismi ve kendileri tarif edilerek yapılacak bilgi paylaşımları genel ortamlarda ve başkalarının bulunduğu alanlarda yapılamaz.

*Hastalarımızın sağlık değerlendirmelerine “Hastane Bilgi Sistemi”ndeki yetkilendirilmiş kişiler tarafından ulaşılabilmektedir.

*Hastalarımızın ölümü halinde mahremiyet hakları bozulmaz.

*Hastanemizde hasta ile ilgili bilgilerin bütünlüğü ve güvenliği kurulmuş olan bilgisayar yazılım programlarında yetkilendirilmiş girişler ile korumaya alınmıştır. Elektronik ortamdaki verilerin güvenliği sağlanmaktadır.

*Hasta dosyalarına yetkili olmayan kişilerin ulaşımına / kullanımına izin verilmemektedir.

Basılı doküman ile ilgili güvenlikler Arşiv Birimi Talimatında belirlendiği şekilde güvenliği sağlanmakta ve belirli zaman aralıklarındaki denetimlerle kontrolü yapılmaktadır.

Resmi makamların kurumumuzdan istediği evraklar tarafımızdan onlara ulaştırılmaktadır. Ancak rutin dışı resmi evrak talepleri kurumumuzun ilgili birimlerinden talep edilmelidir.

15.2.8.Bilgi Güvenliği Uygulama Politikamız

*Kurumumuz bilgi güvenliği politikasına uygun davranıp davranılmadığını düzenli olarak kontrol ederek gözden geçirir. Kurumumuzun kişisel bilgileri kullanma biçimi ile ilgili her türlü sorunu veya kaygınızı iletmek için lütfen iletişim yollarını veya kurumumuza gelerek bizzat yetkili kişilere durumu bildiriniz. Şikâyetinizi yazılı olarak bildirdiğinizde ise sizinle en yakın zamanda iletişime geçmek kurumumuz politikasıdır. Şikâyetlerin çözümü kavuşturulması için, yasal yollar dâhil olmak üzere, düzenleme yapma konumundaki ilgili yetkililerle işbirliği yapılmaktadır.

SORUMLULAR: Başhekim, Bilgi İşlem Biriminden Sorumlu Başhekim Yardımcısı, Sorumlu Hastane Müdürü, Hastane Müdür Yardımcısı, HBYS hizmet satın alınan firma yöneticisi, HBYS firma Sorumlusu, tüm bilgi işlem firma elemanları, Hastane Bilgi Yönetimi Sistemini kullanan tüm çalışanlar.