

	KLİNİKLER BİLGİLENDİRME BROŞÜRÜ	<table><tr><td>Doküman Kodu</td><td>KU.YD.233</td></tr><tr><td>Yayın Tarihi</td><td>14.01.2025</td></tr><tr><td>Revizyon Numarası</td><td>0</td></tr><tr><td>Revizyon Tarihi</td><td>0</td></tr><tr><td>Sayfa Numarası</td><td>1/4</td></tr></table>	Doküman Kodu	KU.YD.233	Yayın Tarihi	14.01.2025	Revizyon Numarası	0	Revizyon Tarihi	0	Sayfa Numarası	1/4
Doküman Kodu	KU.YD.233											
Yayın Tarihi	14.01.2025											
Revizyon Numarası	0											
Revizyon Tarihi	0											
Sayfa Numarası	1/4											
Acil müdahale seti/arabası	Acil müdahale seti ve acil müdahale arabası içerisindeki ilaçlar ve malzemeler her kullanım sonrasında ve hafta da bir defa da rutin olarak sayılmalı (İlaç/sarf Malzeme Stok Takip Formu İY.FR.003) ayda bir defa da miad takibi (Acil Arabası(Crash Card)İlaç Malzeme Kontrol Formu AS.FR.07)yapılmalıdır.İlaçlarda benzer yerleşim olmamalıdır(Acil durumlarda yanlışlık olmasının önüne geçmek için hem isim hem görünüm olarak benzer ilaçlar birbirlerinden uzak yerleştirilmelidir)Acil müdahale arabası kullanımı zamanları dışında muhakkak kilitli olmalıdır.											
Advers Etki	Eğer tedavi esnasında kullanılan ilaçtan kaynaklı advers etki(istemeyen etki)gelişirse ilk olarak ilaç verilışı durdurulmalı ,doktorun verdiği acil tedavi uygulanmalı hasta stabil hale geldikten sonra iki adet Advers Etki Bildirim Formu doldurulmalı,formlardan biri hasta dosyasına biralıhmal bir tanesi ise Farmakovijilans sorumlusu YUSUF ERGÜN' e (TUFAM'a bildirim yapılmak üzere) iletilmelidir.											
Atıklar	Atıklar doğru atık kutularına atılmalıdır. Evsel Nitelikli atıkların ayrı toplanması amaçlı kullanılacak toplama ekipmanlar siyah renkli sağlam plastik torba kullanılır, Ambalaj atıklarının kaynağında ayrı toplanması amacı ile mavi renkli plastik torba kullanılır, Tıbbi atıkların (kesici-delici hariç) kaynağında ayrı toplanması amacı ile kırmızı renkli çift kalınlığı en az 150 mikron, orijinal orta yoğunlukta polietilen hammaddede özelliğindedir. Üzerinde “ Uluslararası Biyoteknike ” amblemi ile “ Dikkat Tıbbi Atık ” ibaresi bulunur, Kesici-delici tıbbi atıklar diğer tıbbi atıklardan ayrı olarak kaynağında ayrı toplanması amacı ile delinmeye, yırtılmaya, kırılmaya ve patlamaya dayanıklı, su geçirmez, sızdırmaz, açılması ve karıştırılması mümkün olmayan, üzerinde “ Uluslararası Biyoteknike ” amblemi ile “ Dikkat Tıbbi Atık ” ibaresi taşıyan plastik veya aynı özelliğe sahip lamine kartondan yapılmış kutu kullanılır, Tehlikeli atıkların kaynağında ayrı toplanması amacı ile kimyasal ve farmasötik atıklar, ağır metal atıklar delinmeye, yırtılmaya, patlamaya dayanıklı sağlam, üzerinde tehlikeli atık amblemi bulunan kutu veya torba kullanılır. Bu gruba giren radyoaktif atıklar radyoaktif sembol işaret etiketi bulunan kurşun kaplı kutu kullanılır. Atık pil kırmızı renkli, üzerinde “ Atık Pil ” ve “ Yalnızca Atık Pil Atınız ” ibareleri yer alan toplama konteyner veya kutularında toplanır											
Bakım Planları	Hastanemiz Bilgi yönetim sisteminde tanımlı olan NANDA Bakım planı günlük rutin olarak planlanır hastaya 24 saat boyunca aynı kişi bakım veriyorsa tek bakım planı yeterlidir fakat her shiftte farklı kişi çalışıyorsa farklı bakım planı doldurulmalıdır.											
Bileklikler(Kimlik tanımlayıcılar)	Yatan Hastalarda Kimlik Tanımlayıcı Hastanemizde Kimlik Tanımlayıcı Olarak Kullanılan Renkli Hasta Bilekliklerin Kullanımı BEYAZ renkli kol bandı: Yatışı yapılan her hasta için kullanılan kol bandı. Ayrıca sağlık kuruluşuna gelen hastalara beyaz kol bandı takılır. KIRMIZI renkli kol bandı: Alerjisi olan hasta için kullanılan kol bandı. PEMBE renkli kol bandı: Doğum sırasında kız bebekler ve anneleri için kullanılan kol bandı. MAVİ renkli kol bandı: Doğum sırasında erkek bebekler ve anneleri için kullanılan kol bandı. SARI renkli kol bandı: Diğer hastalara ve çalışanlara bulaş riski olan hastalıklar içindir. LACİVERT renkli kol bandı Aynı serviste aynı isimli hasta içindir. MOR renkli kol bandı Psikiyatri Kliniğinde yatan hastalar içindir.											
Isı ölçer ortam/buzdolabı	Isı takip formları hem ortam hem de buzdolapları için düzenli olarak doldurulmalıdır.Yoğun bakımlarda ortam ısısı 22-26 C °,Ameliyathane 18-26 C°(Özellikle 20-23 C°) Nem: %30-60 olmalıdır.Buzdolabı için ise +2 ile+8 arasında (özellikle +4)olması gerekmektedir .Buzdolabının kapağında herhangi bir ilaç bulundurulmamalıdır.Depoların sıcaklığı 22-24 C °Nem % 35-70 olmalıdır.											
Cihaz envanteri	Her birimin cihazlarının bölüm bazında envanter listesi bulunmalıdır(biyomedikalden alınacak)											
Düşmeler	* Hastaların servise kabulü sırasında, hemşire tarafından düşme riski yönünden değerlendirme HBYS den yapılmalıdır. Yatan hastaların tamamında ayakta hastalarda diyaliz ünitesinde düşme riski değerlendirilmesi yapılmaktadır. *Yetişkin hastalarda İtaki Düşme Riski Ölçeği kullanılmaktadır. * 3–18 yaş grubu çocuklar için, Harizmi Düşme Riski Ölçeği kullanılmaktadır. 3 yaş üstü çocuklarda Harizmi Düşme Riski Ölçeği kullanılarak değerlendirilir ve yüksek riskli olanlara düşme figürü takılır. * 0-3 yaş grubu çocuklar direkt yüksek riskli olarak kabul edilir. Ayrıca Pediatri Yoğun Bakım, Yeni Doğan Yoğun Bakım Ünitelerindeki çocuklara herhangi bir ölçek uygulanmaksızın direkt yüksek riskli kabul edildiği için düşme figürü takılmasına gerek duyulmamaktadır. * Hastalarda klinik durumuna göre, düşme riski değerlendirilmesi tekrarlanmalıdır. * Düşme riski olan hastalar için, hastanın risk düzeyine yönelik önlemler alınmalıdır. * Düşme riski yüksek olan hastalar düşme figürü ile tanımlanmalıdır. Tanımlayıcı; hasta panelinde veya giriş kapısında bulunmalıdır. * Her hastanın risk faktörlerine göre alınması gereken tedbirler, Temel Standart Önlemler ve Yüksek Riskli Hastada Alınacak Önlemler olarak tanımlanmıştır. *Düşme Riskinin Değerlendirilmesi Gereken Durumlar*. *İlk Değerlendirme: Yatan hastaların bölüme ilk kabulünde ve hastanın yatışı takiben ilk 12 saat içinde yapılmalıdır. *Post-Op Dönem: Hastanın ameliyathaneden servise transferinden ve yaşam bulgularının stabilizasyonundan sonra yapılmalıdır. * Hasta Düşmesi: Düşme sonrasında yapılmalıdır. * Bölüm Değişikliği: Transfer esnasında, Kurum içinde bir üniteden başka bir üniteye veya başka bir kuruma transfer edilmeden önce değerlendirme yapılmalıdır.											
Ağrı Değerlendirmesi	Ağrı değerlendirmesi Kendini ifade edemeyen bilinci kapalı; yenidoğan, çocuk hastalar için VAS (visuel analog skala). Diğer hasta grupları ise numerik skala ile değerlendirilir. Ağrı değerlendirilmesinde en güvenilir gösterge, hastanın kendi ifadesidir. Ayrıca hastanın ağrısı ortadan kalkana veya hedeflenen seviyeye düşene kadar, yapılan tedavi göz önünde bulundurularak değerlendirme sıklığı ayarlanır											
El Dezenfektanları	Kliniklerde yeteri kadar ,Yoğun bakımlarda ise her hasta yatağı başında alkol bazlı hızlı el antiseptiği bulundurulmalıdır. Pediatri kliniği ve Pediatri yoğun bakım gibi alanlarda tehlike oluşturabileceği için ortamda el antiseptiği bulundurulmamalı bunun yerine çalışanlar cep dezenfektanı taşımalıdır.											
El hijyeni	El Hijyeninde 5 Endikasyon Kuralı * Aseptik işlemlerden önce *Hasta ile temas öncesinde * Hasta ile temas sonrasında *Vücut sıvıları ile temas sonrasında *Hasta çevresindeki yüzeylerle temas sonrasında el hijyeni sağlanmalıdır											
Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi	* Klinikten Ayrılmadan Önce *Anestezi Verilmeden Önce * Ameliyat Kesisinden Önce *Ameliyattan Çıkmadan Önce .Belirtilen alanlar uygun şekilde ve vaktinde doldurulmalıdır.											
Hasta Eğitimleri	*Hasta / Hasta Yakını Kliniğe Kabul Eğitimi *Hastaya Tedavi Sürecinde Verilmesi Gereken Eğitimler *Taburculuk Eğitimi *Evde Beslenme Eğitimi (Nütrisyon Eğitimi) Doğum sonrası anneler için *Bebek Dostu Hastane Anne Eğitimleri											
Hasta Mahremiyeti	Hastayla ilgili bütün mahremiyet kurallarına uyulmalı ve saygı gösterilmelidir(Fiziksel Mahremiyetin Korunması,Tıbbi Mahremiyetin Korunması,Bilgi Mahremiyeti,Psikolojik Mahremiyet,Bilişsel Mahremiyet,Adli Vaka ve Mahkûm Hasta Mahremiyeti,Araştırma ve Deneysel Çalışmalarda Mahremiyet,Sosyal Mahremiyet gibi)Hasta odalarındaki ve yoğunbakımlardaki mahremiyet perdeleri her zaman kapalı olmalıdır.											
Sosyal Hizmet Uzmanı	Hastanemiz sosyal hizmet uzmanı olarak görevlerine ek olarak Akay Akça(Arşiv Birimi) ve Kübra Deveci(Mutemetlik) görevlendirilmiştir.											
Hasta Odaları	Hasta odaları içerisindeki donanım (yatak ,refakatçi koltuğu ,tv,tuvalet ve banyo vs)yeterli ve temiz olmalıdır.											
Hasta Transferi	Hastalar birimler arası transfer edilirken muhakkak hasta transfer formu doldurulmalı(HB.FR.005 HASTA TRANSFER FORMU) ve hastalar sağlık çalışanı eşliğinde transfer edilmelidir.Ayrıca transferde esnasında düşme riskinden dolayı muhakkak sedye,yatak veya tekerlekli sandalyeye düşen adam figürü asılmalıdır.											
Hastanın Beraberinde Getirdiği ilaçlar	Hastanın beraberinde getirdiği ilaçlar, miat ve fiziksel durum açısından kontrol edilerek teslim alınmalı ve HASTA EŞYALARI VE İLAÇLARI TESLİM FORMU' na kaydedilmelidir.Hastanın beraberinde getirdiği ilaçlar doktor tarafından order edilmelidir.											
Hasta Başı Paneli Kontrol Formu	Hasta Odaları, Hasta Başı Paneli Kontrolü Ve Flovmetre Hazinesi Dezenfeksiyon Kontrol Formu HB.FR.44 düzenli olarak doldurulmalıdır.											
Hasta Başı Test Cihazları	Glukometrelerin haftada bir defa glukometre kontrol solüsyonu ile test edilip ayda bir defa da hastadan alınan kan numunesinin hem glukometre de hemde laboratuvara gönderilerek test edilmesi ,çıkan sonuçların GLUKOMETRE TAKİP FORMU' na kaydedilmesi gerekmektedir.											
Hemşire Çağrı Sistemleri	Her hastanın hasta başı panelinde bulunan aynı zamanda hasta banyosu içerisinde bulunan hemşire çağrı sistemi her zaman çalışır durumda olmalı,hasta ve hasta yakınları bu sistemin nasıl kullanıldığını bilmelidir.											
Hemşire Gözlem Formları	Hastanemiz kliniklerinde hemşire gözlemlerimiz MİA sisteme entegredir.Hasta bilgileri ve tedavileri çıktı olarak alınır ve hasta dosyasına eklenir.Hastanın her yapılan tedavisinde tedaviyi yapan hemşire kendisine ait parafila işaretleme yapar.Hastanemiz yoğun bakımlarında ise çarşaf gözlem formları kullanılmaktadır.											

İzolasyon	*Temas İzolasyonu: Epidemiyolojik olarak önemli ve temas yoluyla bulaşan bir mikroorganizmayla enfekte ya da kolonize hastalara karşı korunmada standart önlemlere ek olarak uygulanan izolasyon türüdür.Kullanılan figür kırmızı yıldız. * Solunum izolasyonu: Doğrudan damlacık çekirdeği veya solunum sekresyonlarının hava yolu ile 5 mikrondan küçük partiküller ile bulaşmasına neden olan enfeksiyon hastalıklarına karşı korunmada standart önlemlere ek olarak uygulanan izolasyon türüdür.Kullanılan figür sarı yaprak. * Damlacık izolasyonu: 5 mikrondan büyük partiküller ile bulaşan enfeksiyon hastalıklarına karşı korunmada standart önlemlere ek olarak uygulanan izolasyon türüdür.Kullanılan figür mavi çiçek.
Kan Tranfüzyonu/Hemovijilans	*Kan İstem Süreci : Hasta için kan ürünü ihtiyacı olduğunda komponenti talep eden ünite tarafından HBYS üzerinden hasta ve istenilen kan ürününe ait bilgiler eksiksiz olarak girilir. Kullanılacak kan ürünü doktor tarafından HBYS den order edilir. Kan ve Kan Ürünleri İstem Formu yazdırılarak istem yapan hekim tarafından imzalanır.*Kan Ve Kan Ürünlerinin Güvenli Transferi :Kan ve kan ürünlerinin transferi ,taşırma konusunda eğitim almış hastane personeline isim karşılığında kan taşıma çantası ile birlikte teslim edilir. taşıma sırasında çantanın içerisinde buz aküsü bulundurulur. Taşımada kullanılan kan çantalarının kan ve kan ürünleri için ısı kontrol özelliği olmalı ve taşımada kullanılan çantaların temizliği herhangi bir dökülme saçılma yaksa 1/100 lük klor tabletlili solüsyonla günde 1 kez ,dökülme saçılma durumunda 1/10 lük klor tabletlili solüsyonla anında yapılmalıdır. *Transfüzyon Öncesi Hastanın İşleme İlgili Rızasının Alınması : Transfüzyona başlamadan önce transfüzyonu uygulayacak klinik hemşiresi tarafından transfüzyon hakkında hastaya bilgi verilmeli, soru sormasına fırsat tanınmalı, aydınlatıcı açıklama yapılmalı ve hastanın yeterince bilgilendiğinden emin olunmalıdır. Bu süreç Kan ve Kan Bileşenleri Nakli İçin Hasta Bilgilendirme Ve Rıza Belgesi nin hasta veya yakınına imzalatılmasıyla tamamlanır ve hasta dosyasında saklanır.*Transfüzyon Öncesi Hasta Adına Hazırlanmış Kan Ya Da Kan Ürününe Ait Bilgilerin Kontrol Edilmesi Ve Hasta Güvenliğinin Sağlanması : Hastanın ve transfüzyonu yapılacak kan ve kan bileşeninin doğru olarak tanımlanması çok önemlidir. Bu basamak, kritik bir hatanın saptanabileceği son fırsattır. Bu nedenle iki yetkili sağlık çalışanı tarafından çapraz karşılaştırma test sonucu ile karşılıklı kontrol edilecek uygulanmalıdır. Bu uygulamada kontrol edilen bilgiler Kan Ve Kan Bileşenleri Transfüzyon Takip Formu ile kayıt altına alınır.
Kan Tranfüzyonu/Hemovijilans	Kan bileşenlerinin transfüzyonu sırasında hastanın dikkatle gözlenmesi zorunludur. Özellikle ciddi transfüzyon reaksiyonlarının görülme olasılığının daha yüksek olduğu transfüzyonun başlangıç dakikaları önemlidir. • Transfüzyonun ilk dakikalarında infüzyon hızı yavaş olmalıdır. Transfüzyonun ilk 15 dakikası iki sağlık çalışanı tarafından gözlemlenir, transfüzyon boyunca her 30 dakikada bir hastanın vital bulguları izlenir ve Kan Ve Kan Bileşenleri Transfüzyon Takip Formu na kayıt edilir. • Eğer bir sorun yoksa transfüzyon hızı artırılarak, ürünün doktor orderında istendiği sürede infüzyonunun tamamlanması sağlanır. Transfüzyonun tamamlandığı saat kayıt edilmelidir.. Kan bileşenleri, klinik etkinlik, güvenlik ve uygulanım kolaylığı açısından, önerilen sürede transfüze edilmelidir. • Eritrosit süspansiyonu için bu süre 4 saati aşmamalıdır. • Trombosit transfüzyonu için kritik bir süre olmamakla beraber, normalde 30 dakikada transfüze edilir. Taze donmuş plazma, 37°C su banyosunda 15–20 dakikada veya kuru sistemde 20 dakikada çözülür ve çözündükten sonra 4 saat içinde transfüzyon tamamlanmış olmalıdır. • Transfüzyon süresince her 30 dakikada bir ve tamamlanmasını izleyen birinci saatte yaşamsal fonksiyonlar tekrar kayıt edilmelidir. Transfüzyona Bağlı Olarak Gelişen Reaksiyonlar : Ateş,Ağrı,Kan basıncı Değişiklikleri,Solunum Sıkıntısı,Ciltte kızarıklık veya ürtiker , Bulantı: Kusma eşlik edebilir . Akut transfüzyon reaksiyonu ile ilişkili olabilecek bulgularla karşılaşıldığında ya da transfüzyon reaksiyonundan şüphe edildiğinde: Transfüzyon hemen durdurulur. İntravenöz yol %0.9 NaCl solüsyonu ile açık tutulur.Hekime haber verilmeli, gerekli uygulamalar başlatılmalıdır.Hasta stabil olduktan sonra hastanın diğer kolundan kan örneği alınmalı ve tranfüzyon yapılan kan ile beraber kan merkezine gönderilmelidir.2 ADET Hemovijilans Olay Bildirim Formu doldurularak biri hasta dosyasına bırakılmalı bir tanesi de Hemovijilans Hemşiresine iletilmeli ve bigi verilmelidir.
Kısıtlama	Hastalara Fiziksel ve Kimyasal kısıtlama olmak üzere iki çeşit kısıtlama yapılabiliriz. Kısıtlama ciddi ajitasyon ve tehlikeli davranışları olan hastalar için uygulanır (Yaptıklarının bilincinde olmayan nöroloji hastaları, demans ve travma hastaları gibi) Fiziksel kısıtlama: Uygulanan hasta tarafından kontrol edilemeyecek veya kolaylıkla çıkartılamayacak herhangi bir cihaz, materyal veya araç-gereçle vücudun sabitlenmesi/bağlanması veya hastanın normal aktivitelerini yerine getirmesini ve/veya özgürce hareket etmesini bilinçli olarak önleme girişimidir. Kimyasal kısıtlama :Standart bir tedavi olmayan, sadece davranışlarını kontrol etme ve hareket özgürlüğünü kısıtlama amacıyla kullanılan ilaç tedavisi yöntemiyle kısıtlama şeklidir. Kısıtlama işleminden önce alternatif girişimler denenir. (Konuşarak sakinleştirme, Dikkatini başka yöne çekme, mobilizasyon, psikolojik destek sağlama, ek konsültasyon, hasta ile iletişimi artırma vb.) Hasta kısıtlama kararı ilgili hekim veya nöbetçi uzman hekim tarafından değerlendirilerek tedavi planında belirtilir. İlgili hekim tedavi planında uygulamanın başladığı tarih, saat, tipini, endikasyonunu, uygulamanın hangi aralıklarla kontrol edileceği, uygulamanın sonlandırıldığı tarih ve saat belirtilmelidir. Eğer hasta kendisine ve çevresine zarar verecek davranışları ,planlanan zamandan önce azaltırsa ve gereklilik ortadan kalkarsa yeniden değerlendirme yapılır. Kısıtlılığın devamı ile ilgili karar en geç 24 saatte bir tekrar gözden geçirilmelidir.Tespit edilen hastanın dolaşım ve cilt kontrolü; hasta ajite ise 1 saatte bir, ajite değilse (tespit nedeniyle dolaşımı engelleyecek hareketler yoksa) 2 saatte bir yapılmalıdır. Her defasında tespit işleminin sürdürülmesinin gerekli olup olmadığı değerlendirilmelidir. Kısıtlamaya başlama zamanı, hastanın kısıtlamaya olan cevabı, kısıtlamaya alternatif uygulanan girişimler ve kısıtlama sonrası hastanın durumu, kısıtlamanın tipi, kısıtlama nedeni “Kısıtlama Altındaki Hasta Takip Formu” na kayıt edilmelidir.Kısıtlama istemi en fazla 2 saat olarak belirlenir. Hemşire tarafından 2 saat sonunda yapılan değerlendirme sonucuna göre kısıtlamaya devam edip edilmeyeceğine karar verilir Sonlandırma kararı Hekim ve Hemşire tarafından birlikte verilir, sonlandırma saati de “Kısıtlama Altındaki Hasta Takip Formu” na kaydedilir.
Riskler	Hastanede bulunan tüm birimler kendi birimlerinin risk faktörlerini içerik olarak İSG biriminden almalı ve tüm birim çalışanları bu riskleri bilmelidir.
Sağlık Taramaları	Hastane çalışanlarının sağlık taramaları düzenli olarak yapılmalıdır(Çalışılan alanın özellikleri göz önünde bulundurularak)
Kişisel Koruyucu Ekipmanlar	Sağlık çalışanları ,birimlerinde kişisel koruyucu ekipmanların nerede bulunduğunu ,ekipmanların giyilme ve çıkarılma sıralarını bilmelidirler.Koruyucu ekipmanın uygun kullanımı *Giyme sırası – Önlük – Maske – Gözlük-yüz koruyucu – Eldiven *Çıkarma sırası – Eldiven – Gözlük-yüz koruyucu – Önlük – Maske
Narkotikler	Narkotik ilaçlar muhakkak kilitli dolapta tutulmalıdır.Yedek anahtar bulundurulmaz. Dolap kapağı asla açık tutulmaz. Dolaba konulan ve dolaptan alınan tüm ilaçlar kayda geçerilir. Dolapta herhangi bir zorlama olduğu düşünüldüğünde, ilaç kaybolduğunda veya ilaç kırıldığında, servis sorumlu Hemşiresi tutanak tutarak hastane idaresini bilgilendirir. Gerekli tedbirlerin alınması sağlanır. *Mesai saatlerde dolap anahtarı servis sorumlu hemşiresinde bulunur, servis sorumlu hemşiresi herhangi bir nedenle izinli ise kendi yerine bakan diğer hemşireye teslim eder *Nöbet saatlerinde narkotik ilaç dolabının anahtarı nöbetçi hemşireye teslim edilir. *Dolaptaki ilaçlar her vardiyada sayılarak teslim alınır ve teslim edilir. Bu teslim kayıtları Yeşil-Kırmızı Reçeteye Tabii İlaçların Devir Teslim Defteri ‘ne kayıt edilir. *Narkotik ilaç dolabı teslim alınırken eksik ilaç varsa tutanak tutulur. Hastane idaresine bilgi verilir. *Hastaya uygulanan psikotrop ilaç mesai ve nöbette sayım yapılarak Psikotrop İlaç Defterine kaydedilir ve toplam sayıdan düşürülür.
Nöbet Teslimi	Nöbet teslim eden hemşire teslim öncesi HBYS den günlük hemşirelik prognezini doldurur.Nöbet teslimleri önce deskte bu prognezlere üzerinden yapılır. Hasta ile ilgili özel bilgiler deskte paylaşılır. Desk teslimi sonrası hasta başında teslim devam eder. Nöbet değişiminde görevli teslim alan hemşireye hasta odaları teker teker dolatılarak hasta ile tanıştırılması ve hasta hakkında gerekli bilgilerin verilmesi ile hastaların ve kliniğin teslimi yapılır

Hasta Dosyaları Doküman Kontrol Listesi	Hasta dosyaları arşive teslim edilmeden önce dosya içeriği Hasta Dosyaları Doküman Kontrol Listesi T.A.L.S.01 ile kontrol edilmeli ve eksiksiz bir şekilde liste dosyanın ilk sayfasına konularak teslim edilmelidir.
Rıza Belgeleri	Hastaya yapılacak tüm tanı ve tedavi işlemlerinde hasta /hasta yakınının rıza onamı alınmalı ve bu onamlarda hem hasta /hasta yakını imzası hem de doktor kaşe imzası bulunmalıdır.
Order	Hastaya uygulanacak tüm tedaviler doktor tarafından order edilmelidir.(e imza veya ıslak imza/kaşeli)
Sözel Order(sözel istem)	* Sözel veya Telefonla order alınması steril girişimler sırasında, HBYS hata verdiği zaman veya herhangi bir teknik arıza sebebiyle sistem üzerinden ilacın order edilemediği durumlarda kabul edilir. * Sözel orderi alan hemşire, sözel orderi veren doktora kendini tanıtır, karşısındaki doktor da kendini tanıttuktan sonra order verilecek hastanın kimlik bilgileri ayrıntılı olarak, karşılıklı teyit edildikten sonra order kabul edilir. * Order kaydı muhataba geri dönülerek okunur ve sesli doğrulama yapılır. *Anlaşılmayan ifadeler ve özellikle ilaç isimleri için kodlamaya gidilir. * Order etmeye yetkili kişi bunları doğrular ve onaylar. *Sözel veya telefonla bildirilen orderlar mutlaka ‘‘Sözel Order Formu’’ na anında işlenir. * Formun tüm bölümleri eksiksiz doldurulur. Sözel order formunda ilacı talep eden servisin adı, ilacın talep edildiği tarih, hasta bilgileri, talep edilen ilacın adı/dozu, ilacı talep eden servisin bölüm hocasının kaşesi ve imzası, tedaviyi gerekli gören doktorun kaşesi ve imzası ve tedaviyi uygulayacak /ilacı teslim alacak olan hemşirenin kaşesi ve/veya imzası bulunmalıdır. Eğer enfeksiyon hastalıkları uzmanının onayını gerektiren (EHU) ilaç var ise enfeksiyon hastalıkları uzmanının kaşesi ve imzası da bulunmalıdır. * Yüksek hata potansiyeli nedeni ile kemoterapi ilaçları, narkotik-psikotrop ilaçlar ve yüksek riskli ilaç listesinde yer alan ilaçlar için sözel order talimatı kabul edilmez. * Eksiksiz bir şekilde doldurulan sözel order formu eczaneye bilgi verilmesinin ardından eczaneye ulaştırılır. Uygun görülmesi halinde ilaçlar hazırlanarak eczane tarafından teslim edilir. *Sözel order formu ile teslim edilen ilaçlar en geç sözel order formun verildiği tarihi takip eden ilk iş günü içerisinde HBYS sistemi üzerinden order edilerek hasta üzerine düşümü sağlanır.
Temizlik Çizelgeleri	Tüm alanlar Enfeksiyon kontrol komitesinin belirlemiş olduğu temizlik önerilerine(Yüksek ,orta ve düşük riskli alan)göre düzenli olarak temizlenmeli ve kayıtları tutulmalıdır.(Yüksek ,orta ve düşük riskli alan temizlik formları veya birime özel temizlik formuna)
Paraf Listesi	Birimlerde çalışanların güncel parafları KU.LS.03 Paraf Listesine kaydedilmelidir.
Tanıtım(Yaka)Kartları	Hastanemiz tüm çalışanları tanıtım kartlarını görünür şekilde takmalıdırlar.
Yatış Formu	Yatışı yapılan tüm hastaların yatış formları imzalı bir şekilde dosyalarna eklenmelidir.
Bası yarası	Hastanemizde bası yarası değerlendirme skalası olarak BRADEN risk değerlendirme skalası kullanılmaktadır.Skala her yatan hasta için HBYS den ilk yatışında doldurulmaktadır. Yoğun bakımlarda hastanın puan durumuna göre bası yarası takibi yapılır.Bası yarası oluşan hastalarda bası yarası yeri derecesi ve pansumanı hergün HBYS den kayıt altına alınır.Gerekli bakım gereksinimleri belirlenip HBYS den bakım planında doldurularak gerekli girişimler planlanır. YÜKSEK RISK: Toplam puan 12 ve altı (HERGÜN BASI YARASI DEĞERLENDİRİLİR) ORTA RISK: Toplam puan 13-14 (48-72 SAATTE BİR BASI YARASI DEĞERLENDİRİLİR) DÜŞÜK RISK: Toplam puan 15- 16 üstü (HAFTADA BİR BASI YARASI DEĞERLENDİRİLİR
Organizasyon Şeması	Hastanemiz tüm birimlerinin kendi organizasyon şeması oluşturulmuş olmalıdır.
Riskli İlaçlarda Barkod	Eczaneden birimlere gönderilen yüksek riskli ilaçlarda belirleyici etiket bulunmalıdır.
Benzer İlaç Yerleşimi	Özellikle acil müdahale arabalarında ve acil müdahale çantalarında isim ve görüntüm olarak benzer ilaçlar birbirlerinden uzak yerleştirilmelidirler.
Özellikli İlaç Grubu listesi	Özellikli ilaç gruplarını gösteren liste ihtiyaç duyulan her an görülebilmesi için tedavi odasında veya alanında asılı olmalıdır .
İlaç iade ve imhası	Yarım doz ilaç imhası yapılacak ise(narkotik ilaçlar) İmha Edilen Yarım Doz İlaç Tutanağı İY.FR.08 doldurulmalıdır.Hastanın tedavisinden çıkarılan ilaçlar MİA sistem üzerinden veya sistemden iade yapılmasını durumlarda İlaç İade Formu İY.FR.002 doldurularak eczaneye iade edilir.
Malzeme Stok Takibi	İlaç/sarf Malzeme Stok Takip Formu İY.FR.003
Yarım Doz İlaç Kutusu	Tedavi uygulanan tüm alanlarda yarım doz ilaçlar için (narkotikler hariç)yarım doz ilaç kutusu kullanılmalıdır.
Malzeme ve İlaç Depoları	İlaç veya malzeme depolarında depo yerleşim planı asılı olmalı,sıcaklık ve nem takipleri düzenli olarak yapılmalı ve kaydedilmelidir.Depolarda bulunan ilaç ve malzemelerin miad takipleri aylık olarak stok sayımları ise haftalık olarak yapılmalı ve kaydedilmelidir.Depolarda malzeme istifi düzgün yapılmalı yerde malzeme bulunmamalı veya çok yüksek raf üstlerine yerleşim yapılmamalıdır. Hemşire gözlem formlarına yapılan ilaçların verilis yolu dozu ve tedavi yapan kişinin parafı kaydedilmelidir.
İlaç Veriliş Yolu -MG-Paraf	
Pre-op Post-op Bakım Formu	Cerrahi işlem uygulanan tüm hastalar için Ameliyat öncesi hazırlık ve ameliyat sonrası hasta takip formu düzenlenmelidir
Bebek Dostu Hastane Eğitim Formu	Yenidoğan ,Doğumhane ve KHD Kliniğinde Yenidoğan aileleri için doldurulması zorunludur.
Kateter Günü	Hastaya açılan tüm kateterlerin açılış tarihleri açılış süresinin takibi için hemşire gözlem formuna işaretlenmelidir. Erişkin hastalarda flebit gelişimini önlemek için periferik venöz kateterler 72 -96 saatte bir değiştirilir. Çocuk hastalarda bir komplikasyon (flebit, infiltrasyon gibi) olmadığı sürece periferik venöz kateterlerin rutin değiştirilmesine gerek yoktur.
Nutrisyon	*Ayaktan hastalarda; diyaliz ünitesine başvuran tüm hastalar, ayda bir gün, hastane bilişim sisteminde bulunan Nütrisyonel Risk Skoru (NRS-2002) Değerlendirme Formu ile değerlendirilir. Nutrisyon Hemşiresi, değerlendirme sonucuna göre gerekli girişimleri planlar ve NDE ile paylaşır. Nutrisyon Hemşiresi ekibe danışılan hastaları Nutrisyon Destek Ekibi Hasta Takip Formu’nu kullanarak takip eder. *Serviste yatan hastalarda; tüm hastalara ilk yatışta sisteme entegre Nütrisyonel Risk Skoru (NRS-2002) Değerlendirme Formu doldurulur. Sorun yoksa haftada bir değerlendirmeye devam edilir. NRS 3 ve üzeri çıkarsa nutrisyon destek ekibine haber verilir. Nutrisyon Hemşiresi Doldurulan NRS2002 formunun HBYSden günlük kontrollerini yapar, gerekli hastaları takip ve kontrolünü sağlar.Nutrisyon destek ekibi en kısa zamanda hastayı değerlendirerek bölüm doktoruna önerilerde bulunur. Nutrisyon destek ekibi hemşiresi haftada bir gün servisleri ziyaret ederek hastaların nütrisyonel takiplerini yapar. İhtiyaç dahilinde nutrisyon ekibi doktorları ve diyetisyeni ile işbirliği yaparak düzenlemelerde bulunur. Nutrisyon Hemşiresi ekibe danışılan hastaları Nutrisyon Destek Ekibi Hasta Takip Formu’nu kullanarak takip eder. *Yoğun bakımlarda yatan hastalarda; tüm hastalara ilk yatışta sisteme entegre Nütrisyonel Risk Skoru (NRS-2002) Değerlendirme Formu doldurulur. Sorun yoksa haftada bir değerlendirmeye devam edilir. NRS 3 ve üzeri çıkarsa nutrisyon destek ekibine haber verilebilir ya da yoğun bakım ekibi nutrisyon programını kendisi belirler. Nutrisyon Hemşiresi Doldurulan NRS2002 formunun HBYSden günlük kontrollerini yapar, gerekli hastaları takip ve kontrolünü sağlar. Nutrisyon destek ekibi hemşiresi haftada bir gün yoğun bakımları ziyaret ederek hastaların nütrisyonel takiplerini yapar. İhtiyaç dahilinde nutrisyon ekibi doktorları ve diyetisyeni ile işbirliği yaparak düzenlemelerde bulunur.
Nutrisyon Yenidoğan,Pediatrı	*Yeni doğan yoğun bakım hastalarında; ilk yatışta ‘‘Yenidoğan Nütrisyon Skalası’’ doldurulur ve ‘‘Fenton Preterm Büyüme Eğrisi’’ işaretlenir. Yatış boyunca haftada bir değerlendirme tekrarlanır. Bebeklerin vücut ağırlığına günde en az bir kez bakılır. Gerekli durumlarda NDE’ne danışılır. Nutrisyon Hemşiresi ekibe danışılan hastaları Nutrisyon Destek Ekibi Hasta Takip Formu’nu kullanarak takip eder. *Pediatrı yoğun bakım ve servis hastalarında; ilk yatışta sisteme entegre Strong Kids Çocuk Nütrisyon Değerlendirme Formu doldurulur ve yatış boyunca haftada bir değerlendirme tekrarlanır. Gerekli durumlarda NDE’ne danışılır. Erişkin hastalar için ilk yatışta ve haftada bir (her pazartesi) Erişkin hasta nutrisyon takibi için NRS2002 formu doldurulur.Nutrisyon hemşiresi her bölümü haftada bir kez ziyaret edip sistemin çalışıp çalışmadığını kontrol eder. Nutrisyon Hemşiresi Doldurulan NRS2002 formunun HBYSden günlük kontrollerini yapar, gerekli hastaları takip ve kontrolünü sağlar.
Enfeksiyon Hızları	Tüm yoğunbakım çalışanları birimlerine ait enfeksiyon hızlarını bilmelidirler .
Cerrahi İşaretleme	Ameliyata girecek hastaların çift olan organları(göz ,kulak, kol ve bacak gibi)herhangi bir karşılığa neden olmamak adına işaretlenmelidir.
Radyasyon Güvenliği	Tanı ve tedavi amacıyla yapılan radyasyon uygulamalarının amacına ulaşması öncelikli olmak üzere hastanın ve çalışanın radyasyon güvenliğini sağlamak çok önemlidir. Bunun için koruyucu ekipmanların kullanılması gerekir.(Kursunlu paravan,Kursunlu önlük ,troid ve gonad koruyucular gibi)
Bölüm İndikatörleri	Bütün birimler sağlık bakanlığı tarafından belirlenen ve kurumumuzda düzenli olarak takip edilen kendi birimlerine ait indikatörleri ve sonuçlarını bilmelidirler. Belirlenen hedeften sapmalar Kök neden analiz çalışmaları ve Düzenleyici,önleyici faaliyetlerle düzeltilmelidir.
Kaybolan Numune Bildirimi	Bütün birimlerden laboratuvarlara gönderilen numunelerde pnomotik sistem veya çalışanlardan kaynaklı kayıplar yaşanabilmektedir.Böyle durumlarda muhakkak durum İstenmeyen Olay Bildirim sistemine kaydedilmelidir.Düzenli aralıklarla bu bildirimler değerlendirilir gerekirse Kök neden analiz çalışmaları ve Düzenleyici,önleyici faaliyetler planlanır.

Kodların Bildirimi	Beyaz Kod ; hastanede görevli personele yönelik şiddet riski/girişimi varlığında ya da şiddet uygulanması halinde, olaya en kısa sürede müdahalenin yapılması amacıyla oluşturulan acil uyarı kodudur. 1111 (En yakın dahili telefondan)
Kodların Bildirimi	Mavi Kod ;yaşam bulguları (bilinç düzeyi, solunumu, kardiyak atımı)zayıflayan kaybolan veya kardiyopulmoner arrest durumundaki bir hastanın hızlı ve güvenli biçimde, eğitimli ve deneyimli personel tarafından, kalp ve solunum sistemine müdahale ile canlandırılmasını sağlamak, kayıt altına almak ve sonuçlarını izlemek amacıyla oluşturulan acil uyarı kodudur. 2222 (En yakın dahili telefondan)
Kodların Bildirimi	Pembe Kod ;hastanede bebek ya da çocuk kaçırma riski ve/veya eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale edilmesi amacıyla oluşturulan acil uyarı kodudur. 3333 (En yakın dahili telefondan)
Hasta görüş , öneri ve şikayet kutuları	Hastanemizde her katta hasta görüş, öneri ve şikayet kutusu bulunmaktadır.Altıncı kat yemekhane girişinde çalışanlar için görüş,öneri ve şikayet kutusu bulunmaktadır.Görüş öneri ve şikayet kutuları aracılığı ile bildirilen müracaatlar aylık olarak; ilgili Başhekim yardımcısı, kalite yönetim direktörü, sorumlu müdür ve hasta hakları birimi temsilcisi tarafından değerlendirilir. Yapılan değerlendirmeler kayıt altına alınır ve gerekli işlemlerin yapılması için ilgili birimlere yönlendirilir.
Kodların Bildirimi	Kırmızı Kod ;hastanemizde çıkabilecek herhangi bir yangın tehlikesi halinde, yangına en hızlı şekilde müdahale edilerek oluşabilecek tehlikeleri ve zararları en aza indirmek ve/veya önlemek amaçlı oluşturulan acil uyarı kodudur. 4010 (En yakın dahili telefondan)
Gürültü Ölçüm Sonuçları	Hastanemiz yoğun bakım ünitelerinde düzenli aralıklarla gürültü ölçümleri yapılmalı ve gürültünün azaltılmasına yönelik tedbirler alınmalıdır. Ünite dışı çevresel unsurlar veya üniteye personel, cihaz, kuvvöz kapasitesi gibi hususlarda değişiklik olması durumunda gürültü ölçümü tekrarlanmalıdır.
Validasyon Sonuçları	Hastanemiz Yoğun bakım üniteleri ,Ameliyathaneler ,Bronkoskopi ,Endoskopi ve ERCP ünitelerini havalandırma ve filtre sistemleri yetkili firmalarca valide edilmeli, düzenli bakım ve onarımları yaptırılmalıdır. Teknik ölçüm ve değerlendirmeler tadilat ve filtre değişimi sonrasında da tekrarlanarak kayıtlar muhafaza edilmelidir.
Bölüm Uyum Eğitimleri	Birimlerde çalışmak için yeni görevlendirilen tüm personellerin bölüm uyum eğitimleri verilmeli ve kayıtları tutulmalıdır.
Ziyaret Talimatı Ve Refakatçi Politikası	Hastane Ziyaret Talimatı (HD.TL.02) Ve Refakatçi Politikası(HD.YD.02) Klinikler ve yoğun bakım girişlerinde asılı olmalıdır.
Hastanın Verilecek Hizmeti Reddetmesi	Hastanın yapılacak tetkik veya uygulanacak tedaviyi reddetmesi durumunda Tedavi İşlem Ve Tetkik Red Formu HD.FR.05 doldurularak hastaya imzalatılır.
Morg Teslim Hazırlığı	Ölüm vukuunda servis veya nöbetçi hekimi ölüm sebebini ve zamanını tespit ederek kayıt altına alır. Ölüm tespitinden sonra servis hekimi veya nöbetçi hekim ve kurumda görevli iki kişi huzurunda ölünün yanında bulunan kişisel eşyası hasta eşyaları teslim formu doldurulur, hastanın hemşiresi ve hekimi imzalar, hastanın yakını varsa imzalar, eşyalar yakınına teslim edilir, yakını yoksa eşyaları nöbetçi memura teslim edilir. Düzenlenen form hasta dosyasına kaldırılır. Cenaze, klinik personeli tarafından mahremiyeti ve güvenliği sağlanarak taşınır. Hastane morg personeline teslim edilir.
Hasta İzinli Çıkma Formu	Yatan hastaların sağlık durumu müsait olduğu takdirde çok önemli hallerde servis doktorunun kabulü ve baş tabibin izni ile en geç aynı gün saat 20:00'de dönmek kaydıyla izin verilebilir. Not: Form iki nüsha düzenlenir bir nüsha hasta dosyasında diğeri hastada kalacak şekilde olmalıdır.
YÜKSEK DÜZEY ALET DEZENFEKTANI MEK TESTİ KONTROL FORMU	Kullanılan yüksey düzey alet dezenfektanları hergün kullanım öncesi MEK testi yapılarak kontrol edilmeli ve kaydı tutulmalıdır .Yüksek düzey dezenfektan kaplarının kapakları kapalı olmalı ,solüsyon içerisinde partikül veya yabancı cisim bulunması halinde solüsyon değiştirilmelidir.Yüksek düzey dezenfektan kaplarının üzerinde solüsyonun doldurulduğu gün ve son kullanma tarihi yazılmalıdır.
Çocuk Hastaların Olduğu Alanlarda Prizlerin Güvenliği	Çocuk hastaların bulunduğu alanlarda olan prizlerde kapak takılı olmalıdır.
Panolar	Hastanede bulunan bütün panolarda asılı olan dökümanların kaydı olmalı dokümanlar listeli olmalı, hangi dokümanın hangi panoda ne kadar süre asılı kalacağı kaydedilmelidir.
DEMİRBAŞ MALZEME TAKİP FORMU	Tüm birimlerde bulunan demirbaş malzeme cihazlar günlük olarak kontrol edilmeli(çalışır durumda olması açısından) MC.FR.003 DEMİRBAŞ MALZEME TAKİP FORMU 'na kaydedilmelidir.
Acil Durum Krokileri	Bina girişlerinde ana hizmet birimlerini gösteren genel acil durum plan krokileri bulunmalıdır.Kat girişleri veya asansör çıkışlarında kat acil durum plan krokileri bulunmalıdır.Acil durum plan krokilerinde asgari şu bilgiler bulunmalıdır.*Yangın söndürme amaçlı kullanılacaklarda dahil olmak üzere acil durum ekipmanlarının bulunduğu yerler*Acil müdahale setinin bulunduğu yerler *Acil çıkış yolları toplanma yerleri ve uyarı sistemlerinin bulunduğu yerler*İlk yardım,acil tıbbi müdahale,kurtarma ve yangınla mücadele konularında hastane haricindeki kuruluşların irtibat numaraları *Çalışanlar acil durum plan krokileri konusunda bilgilendirilmelidir.
YOTA,Yangın Tüpleri,Acil Çıkış Kapıları	Tüm birimlerde devrilebilecek ekimanlar sabitlenmelidir.Yangın tüpleri kontrol edilmeli her zaman dolu olmalı yerleri sabit olmalı ve herkes tarafından bilinmelidir.Acil çıkış kapıları kontrol edilmeli kilitli olmamalıdır.
İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi	İstenmeyen Olay Bildirim Sisteminin amacı kurumsal işleyişte ve güvenlik kültüründe aksayan yönleri tespit edip, sistemde gerekli iyileştirmelerin yapılmasını ve hataların tekrarlanmamasına yönelik önlemlerin geliştirilmesini sağlamaktır. Sistem, bildirimlerin yapılabilmesi açısından HBYS üzerinden düzenlenmiş olup, kolay ulaşılabilir ve kullanıcı dostudur. Bildirim yapan kişinin olayı kendi cümleleri ile anlatmasına izin verecek şekilde düzenlenmiştir. Sistem, çalışanların kendilerini güvende hissedebilecekleri şekilde tasarlanmıştır olup, bildirim sürecinde, ilgili kullanıcının gizlilik yönünde talebi olması durumunda, özellikle raporlama ve raporların paylaşılması aşamalarına yönelik gizlilik ilkesi uygulanmaktadır.
Materyovijilans	Sağlık kurumlarında tıbbi cihaz ve malzemeleri ilgili olarak ortaya çıkan olumsuz olayların takip ve bildiriminin yapılmasıdır.Hastanemizde biomedikal sorumlusu (tıbbi cihazlar)ve hastane eczaneclileri(tıbbi sarf malzemeler)tarafından takip edilmektedir.Tıbbi cihaz ve sarf malzemelerle ilgili yaşanan olumsuz olayların bildirimi MC.YD.13 Medikal malzemenin kaynağından olumsuz olay bildirim tutanağı ve MC.FR.08 Materyovijilans uygunsuz ürün formu doldurularak ilgili kişilere iletilmelidir.