



**Standart 20 Genel Açıklaması:** İlaç ve tıbbi sarf malzemelerinin etkin yönetimi; hasta güvenliğini doğrudan etkileyen kritik bir süreçtir. Bu standart; ilaç saklama koşullarının ve miad kontrolünün sistematik biçimde yapılmasını, acil ilaç dolabı yönetimini, yüksek riskli ilaçların ayrı yönetimini, ilaç kayıp ve israf analizini, tıbbi sarf malzeme stok takibini, eczane ile birimler arasındaki ilaç süreçlerinin denetimini ve tüm verilerin iki ayda bir başhekim başkanlığında değerlendirilmesini zorunlu kılmaktadır.

Ölçüt	Konu	Temel Gereklilik
20.1	İlaç Saklama Koşulları ve Miad Kontrolü	Tüm ilaç saklama alanlarında uygun sıcaklık, ışık, nem koşulları; FEFO uygulaması; miad kontrolü
20.2	Acil İlaç Dolabı Yönetimi	Her birimde acil ilaç dolabı listesi; mühür uygulaması; miad ve eksiksizlik kontrolü; kayıt
20.3	Yüksek Riskli İlaç Yönetimi	Yüksek riskli ilaçlar ayrı alanda ve kilitli; etiketleme, çift kontrol, hastane listesi güncel
20.4	İlaç Kayıp ve İsfraf Analizi	Kırılan, dökülen, miadı dolan ilaçlar kayıt altına alınmalı; iki aylık analiz yapılmalı
20.5	Tıbbi Sarf Malzeme Stok Takibi	Kritik sarflar için minimum stok seviyesi tanımlanmış; stok altına düşme bildirim sistemi mevcut
20.6	Eczane — Birim İlaç Süreçlerinin Denetimi	İlaç istemi, hazırlama, dağıtım ve uygulama süreçleri yazılı ve izlenebilir; hata bildirimleri analiz ediliyor
20.7	Soğuk Zincir Yönetimi	Soğuk zincir gerektiren ilaç ve aşuların depolama ve taşıma sıcaklıkları kayıt altında; sapma yönetimi tanımlı
20.8	2 Aylık Başhekim Toplantısı	Sonraki ayın ilk 7 günü içinde önceki dönem analizi

## 1. Amaç

Bu prosedürün amacı; sağlık tesisindeki ilaç ve tıbbi sarf malzemelerinin güvenli ve etkin biçimde yönetilmesini sağlamak; ilaç saklama koşullarının ve miad kontrolünün sistematik olarak yapılmasını, acil ilaç dolaplarının eksiksiz ve güvenli tutulmasını, yüksek riskli ilaçların özel önlemlerle yönetilmesini, ilaç kayıp ve israfının analiz edilmesini, tıbbi sarf stok güvenliğinin sağlanmasını, eczane-birim ilaç süreçlerinin denetimini ve soğuk zincir yönetimini güvence altına almak; **SDS Hastane Versiyon 2 Standart 20** gerekliliklerini eksiksiz karşılamaktır.

## 2. Kapsam

Bu prosedür; sağlık tesisi eczanesi, tüm birim ilaç depoları ve dolapları, acil ilaç dolapları, soğuk zincir kapsamındaki ilaç ve aşı buzdolapları, tıbbi sarf malzeme depoları ve birim stok alanları ile bu süreçlerde görev yapan tüm eczacı, eczane teknisyeni, sorumlu hemşire ve ilgili sağlık personelini kapsamaktadır.

## 3. Tanımlar ve Kısaltmalar



Kısaltma / Terim	Açıklama
<b>FEFO</b>	First Expired First Out — İlk Miadı Dolan İlk Kullanılır; son kullanma tarihi en yakın ilaçların önce kullanılmasını esas alan stok yönetim ilkesi
<b>Yüksek Riskli İlaç</b>	Hatalı kullanıldığında ciddi zarar veya ölüme yol açabilecek ilaçlar; Sağlık Bakanlığı listesine ek olarak tesis tarafından belirlenen ilaçlar (örn. konsantre elektrolit solüsyonları, nöromusküler blokerler, insülin, antikoagülanlar)
<b>Acil İlaç Dolabı</b>	Her birimde bulundurulması zorunlu, acil müdahalede kullanılacak standart ilaçları içeren, mühürlü veya kilitli dolap/çanta
<b>Soğuk Zincir</b>	Aşı, biyolojik ve bazı ilaçların üretimden kullanıma kadar kesintisiz belirli sıcaklık aralığında (+2/+8°C veya -20°C gibi) muhafaza edilmesini sağlayan depolama ve taşıma sistemi
<b>Çift Kontrol</b>	Yüksek riskli ilaçların hazırlanması ve uygulanmasında iki farklı sağlık personelinin bağımsız olarak doğrulama yapması gereken güvenlik uygulaması
<b>Minimum Stok Seviyesi</b>	Bir ürünün tedarik süreci başlatılmadan önce depoda bulunması gereken en düşük miktar; bu seviyenin altına düşülmesi durumunda otomatik ikmal süreci tetiklenir
<b>İlaç Hatası</b>	İlaç tedavisinin herhangi bir aşamasında (istem, hazırlama, dağıtım, uygulama) meydana gelen ve önlenebilir nitelikteki hata
<b>DİF</b>	Düzeltilici İyileştirici Faaliyet
<b>HBYS</b>	Hastane Bilgi Yönetim Sistemi

## 4. Sorumlular

Unvan / Birim	Sorumluluk	Bağlı Ölçüt
<b>Başhekim</b>	Prosedürün uygulanmasını denetlemek, 2 ayda bir değerlendirme toplantısına başkanlık etmek, ilaç güvenliği politikasını onaylamak	20.8
<b>Eczacı / Eczane Sorumlusu</b>	İlaç saklama koşullarını yönetmek, miad kontrollerini yapmak, yüksek riskli ilaç listesini güncel tutmak, ilaç kayıp ve israf kayıtlarını tutmak, soğuk zinciri yönetmek, eczane denetimlerini yürütmek	20.1, 20.3, 20.4, 20.6, 20.7
<b>Servis Sorumlu Hemşiresi</b>	Acil ilaç dolabını yönetmek ve denetlemek, birim ilaç saklama koşullarını kontrol etmek, miad kontrolü yapmak, ilaç hatalarını bildirmek	20.1, 20.2, 20.3
<b>Hemşire / İlaç Uygulayan Personel</b>	İlaçları doğru hazırlamak ve uygulamak, yüksek riskli ilaçlarda çift kontrol yapmak, ilaç hatası ve kayıpları bildirmek	20.2, 20.3, 20.4
<b>Depo / Satın Alma Birimi</b>	Tıbbi sarf malzeme stok takibini yapmak, minimum stok seviyesini izlemek, tedarik süreçlerini yönetmek	20.5
<b>Kalite Birimi</b>	Denetim koordinasyonu, DİF açılması ve takibi, uygunluk oranlarının hesaplanması, değerlendirme toplantısı organizasyonu	Tümü

## 5. Uygulama

### 5.1. İlaç Saklama Koşulları ve Miad Kontrolü (Ölçüt 20.1)



### 5.1.1. İlaç Saklama Alanlarında Kontrol Edilecek 6 Kriter

Eczane, birim ilaç depoları ve tüm ilaç saklama alanları için aşağıdaki 6 kriterin tamamı karşılanmalıdır. Denetimde randomize birim ve eczane ilaç alanları seçilir.

No	Kontrol Kriteri	Değerlendirme Açıklaması
1	Sıcaklık uygun ve kayıt altında	Oda sıcaklığı gerektiren ilaçlar için +15/+25°C; termometre veya datalogger ile günlük sıcaklık takibi yapılıyor; kayıtlar mevcut
2	Işık ve nem koşulları uygun	Işığa duyarlı ilaçlar için amber kaplama veya karanlık ortam; nem seviyesi kontrol altında; raf yerleşimi doğrudan güneş ışığından uzak
3	FEFO ilkesi uygulanıyor	Raflar miad tarihine göre düzenlenmiş; en yakın miadlı ilaç önde; karışık yerleşim yok; yeni gelen ilaçlar arkaya yerleştiriliyor
4	Miad kontrolü düzenli yapılıyor ve kayıt altına alınıyor	Eczanede aylık, birimlerde haftalık miad kontrolü yapılıyor; miad kontrol formu doldurulup imzalanıyor; miadı yakın ilaçlar işaretleniyor
5	Miadı geçmiş ilaç saklama alanında bulunmuyor	Denetimde miadı geçmiş hiçbir ilaç aktif saklama alanında bulunmamalıdır; miadı geçmiş ilaçlar ayrı alana kaldırılmış ve imha süreci başlatılmış
6	İlaç saklama alanı kilitli ve yetkisiz erişime kapalı	İlaç dolapları ve depo kilitli; anahtar yetkili personelde; hasta ve ziyaretçilerin erişimi engellenmiş

#### İlaç Saklama Uygunluk Oranı (%):

(6 kriterin tamamını karşılayan randomize ilaç saklama alanı sayısı / İncelenen toplam randomize ilaç saklama alanı sayısı) × 100

**Değerlendirme:** %80 ve üzeri → Karşılıyor | %60-79 → Kısmen | %59 ve altı → Karşılanmıyor

**Not:** Miadı geçmiş ilaç tespiti doğrudan uygunsuzluk sayılır; bu tek bulgu ölçütü karşılanmıyor konumuna düşürür.

## 5.2. Acil İlaç Dolabı Yönetimi (Ölçüt 20.2)

### 5.2.1. Acil İlaç Dolabında Bulunması Zorunlu 5 Unsur

Her birimde bulundurulması zorunlu acil ilaç dolabı için aşağıdaki 5 unsurun tamamı karşılanmalıdır. Denetimde randomize birimler seçilerek acil ilaç dolapları yerinde kontrol edilir.

No	Kontrol Unsuru	Değerlendirme Açıklaması
1	Standart acil ilaç listesi mevcut ve dolaba asılı	Birime özgü standart acil ilaç listesi dolabın içinde veya kapağında asılı; liste başhekim veya eczacı tarafından onaylı ve güncel
2	Dolap mühürlü veya kilitli ve mühür numarası kayıtlı	Dolap tek kullanımlık mühür veya kilit ile güvenceye alınmış; mühür/kilit numarası kontrol formuna kaydedilmiş; açılma kaydı tutulmakta
3	İlaç eksiksizliği ve miad kontrolü periyodik yapılıyor	Her vardiyada veya belirli aralıklarla (en az günlük) ilaç sayısı ve miadı kontrol ediliyor; kontrol formu dolduruluyor ve sorumlu hemşire imzalıyor
4	Miadı geçmiş veya eksik ilaç dolap içinde bulunmuyor	Denetimde dolap içinde miadı geçmiş veya listede yer almayan ilaç bulunmamalı; eksik ilaçlar tamamlanmış olmalı
5	Açılma kayıtları düzenli tutuluyor	Dolap kullanılarak açıldığında; tarih, açılış nedeni, kullanan personel ve yenileme bilgisi forma kaydediliyor; kayıtlar eksiksiz



**Acil İlaç Dolabı Uygunluk Oranı (%):**

(5 unsurun tamamını karşılayan randomize acil ilaç dolabı sayısı / İncelenen toplam randomize acil ilaç dolabı sayısı) × 100

**Hedef: %80 ve üzeri**

### 5.3. Yüksek Riskli İlaç Yönetimi (Ölçüt 20.3)

#### 5.3.1. Yüksek Riskli İlaç Listesi

Eczacı tarafından Sağlık Bakanlığı ulusal yüksek riskli ilaç listesi esas alınarak tesisin kendi yüksek riskli ilaç listesi hazırlanır ve başhekim onayıyla yürürlüğe girer. Liste yılda en az bir kez güncellenir.

Yüksek Riskli İlaç Kategorisi	Örnek İlaçlar	Özel Önlem
<b>Konsantre Elektrolit Solüsyonları</b>	%15 KCl, %20 NaCl, Magnezyum Sülfat %50	Eczanede kilitli, seyreltilmeden kullanım yasak
<b>Nöromusküler Blokerler</b>	Rokuronyum, Vekuronyum, Süksinilkolin	Sadece yetkili personel; çift kontrol zorunlu
<b>Antikoagülanlar</b>	Heparin, Warfarin, DMAH'lar	Doz çift kontrolü; antidot hazır bulundurma
<b>İnsülin Preparatları</b>	Tüm insülin formları	Soğuk zincir; çift kontrol; kan şekeri takibi
<b>Opiyat ve Güçlü Analjezikler</b>	Morfin, Fentanil, Tramadol IV	Narkotik kayıt defteri; kilitli kasa
<b>Kemoterapi İlaçları</b>	Tüm sitotoksik ajanlar	Yalnızca eczanede hazırlama; KKD zorunlu

#### 5.3.2. Yüksek Riskli İlaç Yönetiminde Kontrol Edilecek 5 Kriter

No	Kontrol Kriteri	Değerlendirme Açıklaması
1	Yüksek riskli ilaçlar ayrı alanda ve kilitli saklanıyor	Yüksek riskli ilaçlar diğer ilaçlardan ayrı, kilitli bir alanda muhafaza ediliyor; erişim yalnızca yetkili personele açık
2	"Yüksek Riskli İlaç" etiketi görünür şekilde yapıştırılmış	Her yüksek riskli ilaç ambalajında veya saklama alanında standart uyarı etiketi (kırmızı/turuncu uyarı) mevcut; etiket okunaksız veya eksik değil
3	Hazırlama ve uygulamada çift kontrol uygulanıyor	Yüksek riskli ilaç hazırlanırken ve uygulanırken iki ayrı sağlık personeli bağımsız olarak doğruluyor; çift kontrol formu dolduruluyor ve imzalanıyor
4	Personel yüksek riskli ilaçlar konusunda eğitilmiş	İlgili personele yüksek riskli ilaç yönetimi eğitimi verilmiş; eğitim belgesi mevcut; yılda en az bir kez yenilenmiş
5	Tesis yüksek riskli ilaç listesi güncel ve erişilebilir	Tesisin onaylı yüksek riskli ilaç listesi eczanede ve birimlerde erişilebilir konumda; son güncelleme tarihi son 12 ay içinde

**Yüksek Riskli İlaç Yönetimi Uygunluk Oranı (%):**

(5 kriterin tamamını karşılayan randomize yüksek riskli ilaç / İncelenen toplam randomize yüksek riskli ilaç sayısı) × 100

**Hedef: %80 ve üzeri**



## 5.4. İlaç Kayıp ve İsrar Analizi (Ölçüt 20.4)

### 5.4.1. Kayıp ve İsrar Kategorizasyonu

İlaç kayıp ve israfı aşağıdaki kategoriler altında tanımlanır ve her biri için ayrı kayıt tutulur:

Kategori	Açıklama	Kayıt Sorumlusu	Form
<b>Kırılma / Dökülme</b>	Taşıma, hazırlama veya uygulama sırasında kırılan veya dökülen ilaçlar	İlgili Personel	ILS-FR-004
<b>Miadı Dolan İlaç</b>	Son kullanma tarihi geçtiği için imhaya ayrılan ilaçlar	Eczacı / Servis Hemşiresi	ILS-FR-004
<b>Kısmi Kullanım Artığı</b>	Hastaya verilen dozdan artan, tekrar kullanılamaz hale gelen ilaç miktarı	İlgili Hemşire	ILS-FR-004
<b>İptal Edilen İstem</b>	Hazırlandıktan sonra istemin iptal edilmesi nedeniyle kullanılmayan ilaç	Eczacı	ILS-FR-004
<b>Açıklanamayan Kayıp</b>	Stok sayımında tespit edilen ancak nedeni açıklanamayan kayıplar	Eczacı / Kalite	ILS-FR-004 + DİF

### 5.4.2. Analiz Süreci

- Eczacı, tüm kayıp ve israf kayıtlarını her iki ayda bir toplar ve birim bazlı analiz raporunu hazırlar
- Rapora; kategori bazlı kayıp miktarı ve maliyeti, birim bazlı dağılım, bir önceki dönemle karşılaştırma ve trend analizi dahil edilir
- Açıklanamayan kayıp tespitinde DİF açılır ve güvenlik araştırması başlatılır
- Belirli bir kategoride veya birimde sürekli artan kayıp için kök neden analizi yapılır ve iyileştirme planı hazırlanır

#### **İlaç Kayıp ve İsrar Kayıt Uygunluk Oranı (%):**

$(\text{Kayıp/israf kaydı eksiksiz tutulan randomize birim sayısı} / \text{İncelenen toplam randomize birim sayısı}) \times 100$

#### **İlaç İsrar Oranı (%):**

$(\text{Dönemde imha edilen ilaç miktarı [TL]} / \text{Dönemde kullanılan toplam ilaç miktarı [TL]}) \times 100$  — azalan trend hedeflenir.

**Hedef: Kayıt uygunluk oranı %80 ve üzeri; israf oranı azalan trend.**

## 5.5. Tıbbi Sarf Malzeme Stok Takibi (Ölçüt 20.5)

### 5.5.1. Stok Takip Sistemi Gereklilikleri

Kritik tıbbi sarf malzemeler için minimum stok seviyesi depo sorumlusu tarafından belirlenir, eczacı tarafından onaylanır ve HBYS'ye tanımlanır. Stok bu seviyenin altına düştüğünde sistem otomatik uyarı üretir veya sorumlu kişiye bildirim yapılır.

Kontrol Unsuru	Açıklama
<b>Minimum Stok Tanımı</b>	Her kritik sarf ürün için minimum stok miktarı belirlenerek HBYS'ye tanımlanmış; liste güncel
<b>Stok Altı Bildirimi</b>	Stok minimum seviyenin altına düştüğünde depo sorumlusuna ve satın alma birimine otomatik veya manuel bildirim yapılıyor
<b>Miad Kontrolü</b>	Tıbbi sarf malzemelerde de FEFO ilkesi uygulanıyor; miadı geçmiş sarf aktif stokta bulunmuyor



<b>Kritik Eksiklik Yönetimi</b>	Tedarik sorunu nedeniyle kritik sarf eksikliği yaşandığında alternatif tedarikçi veya ikame ürün prosedürü tanımlanmış
<b>Dönemsel Stok Sayımı</b>	Aylık fiziki sayım yapılıyor; HBYS stok kaydı ile karşılaştırılıyor; farklılıklar kayıt altına alınıyor

**Kritik Sarf Stok Güvenilirlik Oranı (%):**

(Dönem içinde kritik sarf eksikliği yaşanmayan gün sayısı / Dönemdeki toplam gün sayısı) × 100

**Minimum Stok Tanım Oranı (%):**

(HBYS'de minimum stok tanımlanmış kritik sarf ürün sayısı / Toplam kritik sarf ürün sayısı) × 100

**Hedef: Her iki oran da %80 ve üzeri**

## 5.6. Eczane – Birim İlaç Süreçlerinin Denetimi (Ölçüt 20.6)

### 5.6.1. İlaç Süreç Zinciri ve Kontrol Noktaları

İlaç tedavisinin beş temel aşamasının tamamı yazılı olarak tanımlanmış, izlenebilir ve denetlenebilir olmalıdır:

Aşama	Süreç	Kontrol Noktası ve Güvenlik Uygulaması	Kayıt
1	<b>İlaç İstemi</b>	Hekim tarafından HBYS üzerinden elektronik istem; el yazısı istem kabul edilmez (acil durumlar hariç); allerji kontrolü sisteme entegre	HBYS e-istem kaydı
2	<b>İlaç Hazırlama</b>	Eczacı veya eczane teknisyeni tarafından; ilaç adı, doz, hasta adı ve tarih kontrolü yapılarak; etiket eklenerek hazırlanır	Eczane hazırlama kaydı
3	<b>İlaç Dağıtım</b>	Birime hasta adına paketlenmiş olarak; hasara yol açmayacak koşullarda; soğuk zincir gerekiyorsa uygun taşıma kabıyla teslim	Dağıtım teslim formu
4	<b>İlaç Uygulama</b>	Doğru hasta, doğru ilaç, doğru doz, doğru yol, doğru zaman (5D ilkesi) hemşire tarafından kontrol edilerek uygulanır; HBYS'ye uygulama notu düşülür	HBYS uygulama kaydı
5	<b>İlaç Hatası Bildirimi</b>	Herhangi bir aşamada tespit edilen ilaç hatası veya yakın ıskalanmış olay istenmeyen olay bildirim sistemine kaydedilir; iki ayda bir analiz yapılır	İstenmeyen olay formu

**İlaç Hata Bildirimi Kayıt Oranı (%):**

(Kayıt altına alınan ilaç hata bildirimleri / Bildirilen toplam ilaç hatası) × 100 — Hedef: %100

**5D İlkesi Uyum Oranı (%):**

(5D kontrolünün eksiksiz yapıldığı randomize uygulama kaydı / İncelenen toplam randomize uygulama kaydı) × 100 — Hedef: %80 ve üzeri

## 5.7. Soğuk Zincir Yönetimi (Ölçüt 20.7)

### 5.7.1. Kontrol Edilecek 5 Kriter

No	Kontrol Kriteri	Değerlendirme Açıklaması
----	-----------------	--------------------------



1	Soğuk zincir buzdolabı sıcaklığı sürekli izleniyor	İlaç buzdolabı sıcaklığı günde en az iki kez ölçülüyor ve kaydediliyor; datalogger veya dijital takip sistemi tercih edilir; +2/+8°C aralığı korunuyor
2	Sıcaklık kayıtları eksiksiz ve düzenli tutuluyor	Günlük sıcaklık kayıt formu eksiksiz doldurulmuş; ölçen personel imzalamış; son 2 aya ait kayıtlar erişilebilir konumda
3	Sıcaklık sapması yönetim prosedürü tanımlı	Buzdolabı sıcaklığı aralık dışına çıktığında ne yapılacağı yazılı prosedürde tanımlanmış; eczacıya bildirim, ürün değerlendirmesi, kullanım veya imha kararı
4	Soğuk zincir buzdolabında ilaç dışı ürün bulunmuyor	İlaç buzdolabında gıda, içecek veya tıbbi amaç dışı ürün bulunmuyor; yalnızca soğuk zincir gerektiren ilaçlar ve aşılarda muhafaza ediliyor
5	Taşıma sırasında soğuk zincir korunuyor	Eczaneden birimlere taşımada soğutucu çanta/kap kullanılıyor; uzun mesafeli taşımalarda sıcaklık takip cihazı ile belgelendirme yapılıyor

**Soğuk Zincir Sıcaklık Kayıt Uygunluk Oranı (%):**

$(\text{Günlük sıcaklık kaydı eksiksiz ve imzalı olan gün sayısı} / \text{Dönemdeki toplam gün sayısı}) \times 100$

**Soğuk Zincir Kriter Uygunluk Oranı (%):**

$(5 \text{ kriterin tamamını karşılayan randomize buzdolabı/alan sayısı} / \text{İncelenen toplam randomize alan sayısı}) \times 100$

**Hedef: Her iki oran da %80 ve üzeri**

## 5.8. İki Aylık Başhekim Değerlendirme Toplantısı (Ölçüt 20.8)

Kriter	Açıklama
<b>Sıklık</b>	Her iki ayda bir
<b>Zamanlama</b>	Sonraki ayın <b>ilk 7 günü</b> içinde önceki 2 aya ait veriler üzerinden yapılır
<b>Zorunlu Katılımcılar</b>	Başhekim, Eczacı, Kalite Birimi Sorumlusu, Hemşirelik Hizmetleri Müdürü
<b>Önerilen Katılımcılar</b>	Satın Alma / Depo Sorumlusu, yüksek kayıp veya uygunsuzluk oranı olan birimlerin sorumlu hemşireleri

### Zorunlu Gündem Maddeleri

- Önceki dönem DİF'lerinin durumu — kapatılan, devam eden, yeni açılanlar
- İlaç saklama koşulları ve miad kontrolü denetim sonuçları (Ölçüt 20.1)
- Acil ilaç dolabı denetim bulguları — birim bazlı uygunluk oranları (Ölçüt 20.2)
- Yüksek riskli ilaç yönetimi denetim sonuçları — çift kontrol uyum oranı (Ölçüt 20.3)
- İlaç kayıp ve israf analizi — kategori ve birim bazlı (Ölçüt 20.4)
- Tıbbi sarf stok durumu — kritik eksiklik yaşanan ürünler (Ölçüt 20.5)
- İlaç hatası bildirimleri analizi — aşama ve tür bazlı dağılım (Ölçüt 20.6)
- Soğuk zincir sıcaklık kayıt uygunluk oranı ve sapma olayları (Ölçüt 20.7)
- Bir sonraki dönem iyileştirme planı ve aksiyon takibi

## 6. Performans Göstergeleri ve Hedefler

Gösterge	Formül	Hedef	Dönem
----------	--------	-------	-------



İlaç Saklama Uygunluk Oranı	$(6 \text{ kriter tamamlanan alan} / \text{İncelenen toplam alan}) \times 100$	%80 ve üzeri	2 Aylık
Miadı Geçmiş İlaç Tespit Oranı	$(\text{Miadı geçmiş ilaç tespit edilen alan} / \text{İncelenen toplam alan}) \times 100$	%0 (Sıfır tolerans)	Her denetim
Acil İlaç Dolabı Uygunluk Oranı	$(5 \text{ unsur tamamlanan dolap} / \text{İncelenen toplam dolap}) \times 100$	%80 ve üzeri	2 Aylık
Yüksek Riskli İlaç Yönetimi Uygunluk Oranı	$(5 \text{ kriter tamamlanan ilaç} / \text{İncelenen toplam yüksek riskli ilaç}) \times 100$	%80 ve üzeri	2 Aylık
Çift Kontrol Uyum Oranı	$(\text{Çift kontrol formu eksiksiz olan kayıt} / \text{Toplam yüksek riskli ilaç uygulama kaydı}) \times 100$	%100	2 Aylık
İlaç İsrar Oranı	$(\text{İmha edilen ilaç TL} / \text{Toplam kullanılan ilaç TL}) \times 100$	Azalan trend	2 Aylık
Soğuk Zincir Kayıt Uygunluk Oranı	$(\text{Eksiksiz kayıt günü} / \text{Dönemdeki toplam gün}) \times 100$	%80 ve üzeri	2 Aylık
İlaç Hata Bildirimi Oranı	$(\text{Kayıt altına alınan hata} / \text{Bildirilen toplam hata}) \times 100$	%100	2 Aylık
DİF Kapatılma Oranı	$(\text{Kapatılan DİF} / \text{Açılan DİF}) \times 100$	%80 ve üzeri	2 Aylık

## 7. Formlar

Form Kodu	Form Adı	İçerik Özeti
<b>ILS-FR-001</b>	İlaç Saklama Denetim Formu	Alan adı, 6 kriter, denetim tarihi, denetçi imzası
<b>ILS-FR-002</b>	Acil İlaç Dolabı Kontrol Formu	Dolap mühür no, ilaç listesi kontrol, miad, eksiksizlik, açılma kaydı
<b>ILS-FR-003</b>	Yüksek Riskli İlaç Çift Kontrol Formu	İlaç adı, doz, hasta, 1. kontrolcü ve 2. kontrolcü imzası, tarih-saat
<b>ILS-FR-004</b>	İlaç Kayıp ve İsrar Kayıt Formu	Kategori, ilaç adı, miktar, maliyet, neden, birim, sorumlu personel
<b>ILS-FR-005</b>	Soğuk Zincir Sıcaklık Takip Formu	Tarih, sabah-akşam ölçüm değerleri, ölçen personel imzası, sapma notu
<b>ILS-FR-006</b>	Miad Kontrolü Formu (Aylık)	Birim adı, kontrol tarihi, miadı yakın / geçmiş ilaç listesi, sorumlu imzası

## 8. İlgili Dokümanlar

- SDS Hastane Versiyon 2 — Standart 20 Algoritması ve Değerlendirme Ölçütleri
- Medikal Depo Yönetimi Prosedürü — Standart 21 (DEP-PR-021)
- DİF Yönetim Prosedürü (KAL-PR-001)
- İlaç Saklama ve Dağıtım Talimatı (ILS-TL-001)
- Yüksek Riskli İlaç Listesi ve Yönetim Talimatı (ILS-TL-002)
- Acil İlaç Dolabı Yönetim Talimatı (ILS-TL-003)
- Soğuk Zincir Yönetim Talimatı (ILS-TL-004)
- İlaç Hatası Bildirimi Talimatı (ILS-TL-005)



- 5D İlkesi ve Güvenli İlaç Uygulama Talimatı (ILS-TL-006)
- Narkotik Analjeziğe Kilitli Kasa Yönetim Talimatı (ILS-TL-007)
- Tıbbi Atık Yönetim Prosedürü (imha süreçleri için)

## 9. Kayıtlar

Kayıt Adı	Sorumlu	Saklama Süresi	Ortam
İlaç Saklama Denetim Formu (ILS-FR-001)	Kalite Birimi	3 Yıl	Fiziksel + Dijital
Acil İlaç Dolabı Kontrol Formu (ILS-FR-002)	Servis Sorumlu Hemşiresi	2 Yıl	Fiziksel
Yüksek Riskli İlaç Çift Kontrol Formu (ILS-FR-003)	İlgili Hemşire / Eczacı	<b>5 Yıl</b>	Hasta Dosyası / Fiziksel
İlaç Kayıp ve İstisna Kayıt Formu (ILS-FR-004)	Eczacı / Servis Hemşiresi	3 Yıl	Fiziksel + Dijital
Soğuk Zincir Sıcaklık Takip Formu (ILS-FR-005)	Eczacı / Birim Hemşiresi	3 Yıl	Fiziksel
Miad Kontrolü Formu (ILS-FR-006)	Eczacı / Servis Hemşiresi	2 Yıl	Fiziksel
İlaç Hatası Bildirim Kayıtları	Kalite Birimi	<b>5 Yıl</b>	HBYS / Dijital
Narkotik Analjeziğe Kilitli Kasa Kayıt Defteri	Eczacı	<b>5 Yıl</b>	Fiziksel
DİF Formu ve Takip Kaydı	Kalite Birimi	5 Yıl	HBYS / Dijital
İki Aylık Değerlendirme Toplantısı Tutanağı	Başhekimlik / Kalite	5 Yıl	Fiziksel + Dijital