



Standart 12 Genel Açıklaması: Bu standart; sağlık tesisinden yapılan il içi ve il dışı sevklerin HBYS'de eksiksiz kayıt altına alınmasını, kurum dışı sevklerin ilgili branş hekimi ve yetkili idari yönetici bilgisi dahilinde gerçekleştirilmesini, 112 ile diğer tesislerden alınan sevk sayılarının analiz edilmesini ve tüm bu verilerin iki ayda bir başhekim başkanlığında değerlendirilmesini zorunlu kılmaktadır.

Ölçüt	Konu	Temel Gereklilik
12.1	İl İçi Sevk Kayıtları	Her hasta için 8 zorunlu bilgi alanı HBYS'ye girilmeli
12.2	İl Dışı Sevk Kayıtları	Her hasta için 9 zorunlu bilgi alanı HBYS'ye girilmeli (sevk edilen il dahil)
12.3	İlgili Branş Hekimi Tarafından Sevk	Kurum dışı sevkler ilgili branş hekimi tarafından gerçekleştirilmeli
12.4	Yetkili Yönetici Onayı	Mesai içi: acil servis sorumlu başhekim yardımcısı; mesai dışı: nöbetçi idari şef hekim onayı
12.5	112 ve Diğer Tesislerden Alınan Sevk Analizi	Acil servisin aldığı sevk sayıları analiz edilmeli; DİF başlatılmalı
12.6	2 Aylık Başhekim Toplantısı	Sonraki ayın ilk 7 günü içinde önceki dönem analizi

1. Amaç

Bu prosedürün amacı; sağlık tesisinden yapılan il içi ve il dışı kurum dışı sevklerin HBYS'de eksiksiz ve doğru kayıt altına alınmasını sağlamak, sevklerin ilgili branş hekimi ve yetkili idari yönetici bilgisi dahilinde gerçekleştirilmesini güvence altına almak, acil servis kaynaklı gelen sevkleri analiz etmek, tespit edilen uygunsuzluklar için Düzeltici İyileştirici Faaliyet (DİF) süreçlerini başlatmak ve **SDS Hastane Versiyon 2 Standart 12** gerekliliklerini eksiksiz karşılamaktır.

2. Kapsam

Bu prosedür; sağlık tesisinden yapılan tüm kurum dışı sevkleri (il içi ve il dışı), acil servis, poliklinik, yoğun bakım ve yataklı servislerden gerçekleştirilen sevkleri, sağlık tesisinin acil servisinin 112 ambulans sistemi ile diğer sağlık tesislerinden aldığı sevkleri ve tüm bu süreçlerde görev alan hekim, hemşire ve idari personeli kapsamaktadır.

Kapsam Dışı: Aynı sağlık tesisi bünyesinde farklı birimler arasında yapılan dahili transferler (örneğin acil servisten servise yatış) bu prosedür kapsamında değildir. Bu transferler ayrı bir dahili transfer prosedürü ile yönetilir.

3. Tanımlar ve Kısaltmalar

Kısaltma / Terim	Açıklama
Sevk	Bir hastanın tanı, tedavi veya ileri bakım amacıyla mevcut sağlık tesisinden başka bir sağlık tesisine nakledilmesi



Kurum Dışı Sevk	Hastanın sağlık tesisi dışındaki başka bir kuruma gönderilmesi; il içi veya il dışı olabilir
İl İçi Sevk	Aynı il sınırları içindeki başka bir sağlık tesisine yapılan sevk
İl Dışı Sevk	Farklı bir ile yapılan sevk; ek olarak sevk edilen il bilgisinin HBYS'ye girilmesi zorunludur
Sevk Eden Birim	Acil servis, poliklinik, yoğun bakım ünitesi veya yataklı servislerden sevki başlatan birim
İlgili Branş Hekimi	Sevki gerçekleştiren ve hastanın tanı veya tedavisinden sorumlu olan uzman hekim
Acil Servis Sorumlu Başhekim Yardımcısı	Mesai saatlerinde kurum dışı sevkler onay veren yetkili yönetici
Nöbetçi İdari Şef Hekim	Mesai saatleri dışında (akşam, gece, hafta sonu, resmi tatil) kurum dışı sevkler onay veren yetkili yönetici
Sevk Yöntemi	Hastanın sevk edileceği ulaşım aracı ve koşulları: ambulans (ALS/BLS), özel araç, hasta nakil aracı vb.
Tanı Kodu (ICD)	Sevke neden olan hastalık veya klinik durumun Uluslararası Hastalık Sınıflandırması (ICD-10) kodu
HBYS	Hastane Bilgi Yönetim Sistemi — tüm sevk kayıtlarının tutulduğu sistem
DİF	Düzeltilici İyileştirici Faaliyet

4. Sorumlular

Unvan / Birim	Sorumluluk	Bağlı Ölçüt
Başhekim	Prosedürün uygulanmasını denetlemek, 2 ayda bir değerlendirme toplantısına başkanlık etmek, sevk politikasını güncel tutmak	12.6
Acil Servis Sorumlu Başhekim Yardımcısı	Mesai saatlerinde kurum dışı sevkler onay vermek, sevk uygunluğunu denetlemek	12.4
Nöbetçi İdari Şef Hekim	Mesai dışında kurum dışı sevkler onay vermek, sevk kayıtlarının eksiksizliğini kontrol etmek	12.4
İlgili Branş Hekimi	Sevki gerçekleştirmek, HBYS'ye tüm zorunlu alanları eksiksiz girmek, sevk yöntemini belirlemek ve hastayı bilgilendirmek	12.1, 12.2, 12.3
Acil Servis Sorumlu Hekimi	Acil servisten yapılan sevklerin takibini yapmak, 112 ve diğer tesislerden gelen sevkleri analiz etmek	12.3, 12.5
Servis / Klinik Hemşiresi	Sevk öncesi hasta hazırlığını tamamlamak, sevk belgelerini düzenlemek, hasta transferini koordine etmek	12.1, 12.2
Kalite Birimi	DİF açılması ve takibi, sevk kayıt uygunluk oranlarının hesaplanması, değerlendirme toplantısı organizasyonu	Tümü
İstatistik / HBYS Birimi	Sevk istatistiklerinin (sayı, birim, branş, neden, yöntem) periyodik raporlanması	12.1, 12.2, 12.5



5. Uygulama

5.1. İl İçi Sevklerde HBYS Kayıt Zorunlulukları (Ölçüt 12.1)

5.1.1. Zorunlu Kayıt Alanları

Sağlık tesisinden il içine yapılan her kurum dışı sevk için aşağıdaki sekiz bilgi alanı HBYS'ye eksiksiz girilmelidir. Bu alanlardan herhangi birinin eksik olması ölçütü karşılanmıyor konumuna düşürür.

Alan No	Kayıt Alanı	Açıklama ve Örnek
1	Sevk Eden Birim	Sevkin başlatıldığı klinik alan: Acil Servis, Poliklinik, Yoğun Bakım, Yataklı Servis (hangi servis olduğu belirtilmeli)
2	Sevk Eden Branş	Sevki gerçekleştiren hekimin uzmanlık dalı (örn. Kardiyoloji, Nöroşirürji, Ortopedi vb.)
3	Sevk Eden Hekim	Sevki gerçekleştiren hekimin adı-soyadı ve sicil numarası
4	Sevk Edilen Hastane	Hastanın gönderildiği sağlık tesisinin tam adı (kodu ile birlikte girilmesi önerilir)
5	Sevk Edilen Branş	Hastanın gönderildiği ileri merkezde muhatap olduğu uzmanlık dalı
6	Sevk Nedeni	İleri tetkik, ileri tedavi, yoğun bakım kapasitesi, uzman yetersizliği, hasta talebi gibi kategorilerden seçilmeli; açıklama gerekiyorsa metin alanına eklenmeli
7	Sevke Neden Tanı Kodu ve Adı	ICD-10 kodu (örn. I21.0 — Ön duvar akut miyokard enfarktüsü) ve tanı adının tam olarak girilmesi zorunludur
8	Sevk Yöntemi	Ambulans (ALS/BLS), hasta nakil aracı, özel araç, helikopter ambulans. Seçilen yöntemin klinik uygunluğu hekim tarafından değerlendirilir.

5.1.2. Kayıt Uygunluk Denetimi

- Kalite birimi veya istatistik birimi, iki ayda bir HBYS'den randomize il içi sevk kayıtları çeker
- Seçilen kayıtların sekiz zorunlu alanının tamamının dolu ve doğru olup olmadığı incelenir
- Eksik veya hatalı kayıt tespit edilen hekimlere bildirim yapılır; sistematik eksiklikte DİF açılır

İl İçi Sevk Eksiksiz Kayıt Oranı (%):

(Sekiz alanın tamamı eksiksiz doldurulan randomize il içi sevk sayısı / İncelenen toplam randomize il içi sevk sayısı) × 100

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

5.2. İl Dışı Sevklerde HBYS Kayıt Zorunlulukları (Ölçüt 12.2)

İl dışı sevkler için Ölçüt 12.1'deki sekiz alanın tamamı geçerlidir; bunlara ek olarak **dokuzuncu alan** olan *Sevk Edilen İl* bilgisinin de HBYS'ye girilmesi zorunludur.

Alan No	Kayıt Alanı	Açıklama
1-8	İl içi sevk alanları (Ölçüt 12.1)	Tüm sekiz alan aynen geçerlidir — bkz. Bölüm 5.1



9	Sevk Edilen İl	Hastanın gönderildiği ilin adı (örn. İzmir, Ankara, İstanbul). Bu alanın boş bırakılması ölçütü karşılanmıyor konumuna düşürür.
İl Dışı Sevk Eksiksiz Kayıt Oranı (%): (Dokuz alanın tamamı eksiksiz doldurulan randomize il dışı sevk sayısı / İncelenen toplam randomize il dışı sevk sayısı) × 100 Hedef: %80 ve üzeri		

5.3. Kurum Dışı Sevklerin İlgili Branş Hekimi Tarafından Gerçekleştirilmesi (Ölçüt 12.3)

5.3.1. Genel İlke

Sağlık tesisinden kurum dışına yapılan her sevk, hastanın tanı veya tedavisinden sorumlu ilgili branş hekimi tarafından gerçekleştirilmelidir. Farklı bir branş hekiminin veya pratisyen hekimin sevk yapması kabul edilmez; bu durum ölçütün karşılanmaması sonucunu doğurur.

5.3.2. Uygulama Adımları

- Hasta için sevk endikasyonu koyan hekim, sevki bizzat gerçekleştirir ve HBYS'ye kayıt eder.
- Branş hekiminin izin, nöbet devri veya olağanüstü durumlarda bulunmaması halinde aynı branştan nöbetçi veya görevli hekim sevki üstlenir; bu durum HBYS'ye açıklama notu olarak eklenir.
- Denetimde randomize seçilen kurum dışı sevk kayıtlarında HBYS'deki sevk eden hekim bilgisi ile hastanın branş hekimi karşılaştırılır.
- Uyumsuzluk tespit edildiğinde ilgili hekim ve birim sorumlusuna bildirim yapılır; tekrarlayan uyumsuzlukta DİF açılır.

İlgili Branş Hekimi Tarafından Yapılan Sevk Oranı (%): (İlgili branş hekimi tarafından yapılan randomize sevk sayısı / İncelenen toplam randomize sevk sayısı) × 100 Hedef: %80 ve üzeri
--

5.4. Yetkili Yönetici Bilgisi Dahilinde Sevk (Ölçüt 12.4)

5.4.1. Yetki Dağılımı

Sağlık tesisinden kurum dışına yapılan her sevk, aşağıdaki tabloda belirtilen yetkili yöneticinin bilgisi ve onayı dahilinde gerçekleştirilmelidir:

Zaman Dilimi	Yetkili Yönetici	HBYS'ye Kayıt Zorunluluğu
Mesai saatlerinde (Pazartesi-Cuma, 08:00-17:00)	Acil Servis Sorumlu Başhekim Yardımcısı	Onay veren yöneticinin adı ve onay saati HBYS'ye girilir
Mesai saatleri dışında (Akşam, gece, hafta sonu, resmi tatil)	Nöbetçi İdari Şef Hekim	Nöbetçi şef hekimin adı ve onay saati HBYS'ye girilir

5.4.2. Onay Süreci

- Branş hekimi sevk kararı verdikten sonra yetkili yöneticiyi telefonla veya yüz yüze bilgilendirir.
- Yetkili yönetici; sevkün uygunluğunu, hedef kurumun kapasitesini ve hasta transferinin güvenliğini değerlendirir.
- Onay verilmesi halinde yönetici adı ve onay saati HBYS'ye girilir; branş hekimi sevk işlemini tamamlar.



- Acil ve hayati tehlike durumlarında önce hasta transferi başlatılabilir; yönetici bilgilendirmesi eş zamanlı veya hemen akabinde yapılır ve kayıt altına alınır.
- Denetimde randomize seçilen sevk kayıtlarından onay bilgisinin doğruluğu kontrol edilir.

Mesai Saatlerinde Yetkili Onay Oranı (%):

(Acil servis sorumlu başhekim yardımcısının bilgisi dahilinde yapılan mesai içi sevk sayısı / İncelenen toplam mesai içi sevk sayısı) × 100

Mesai Dışında Yetkili Onay Oranı (%):

(Nöbetçi idari şef hekimin bilgisi dahilinde yapılan mesai dışı sevk sayısı / İncelenen toplam mesai dışı sevk sayısı) × 100

Hedef: Her iki oranın da %80 ve üzeri olması gerekir. Oranlardan biri karşılanmıyor ise ölçüt karşılanmıyor kabul edilir.

5.5. Acil Servisin 112 ile Diğer Tesislerden Aldığı Sevk Sayısının Analizi (Ölçüt 12.5)

5.5.1. Analiz Kapsamı

Sağlık tesisinin acil servisinin dışarıdan aldığı sevkler iki ana kategoride analiz edilir:

Kaynak Kategorisi	Analiz Edilecek Veriler
112 Ambulans Sistemi	Aylık 112 kaynaklı sevk sayısı, geldiği saat dağılımı, hasta tanı dağılımı, hastaneye kabul / red oranı
Diğer Sağlık Tesisleri	Hangi tesislerden kaç sevk alındığı, gelen sevklerin branş dağılımı, kabul / red oranı, yönlendirme nedenleri

5.5.2. Analiz Süreci

- İstatistik birimi, iki ayda bir HBYS'den acil servisin aldığı sevk sayılarını kaynak kategorisine göre çeker.
- Veriler acil servis sorumlu hekimi ile birlikte değerlendirilir; anlamlı değişimler (belirgin artış veya azalış) analiz edilir.
- Belirli bir tesisten yüksek sayıda uygunsuz sevk alındığında (kapasitesi dahilindeki hastalar sevk ediliyorsa) ilgili tesis ile koordinasyon sağlanır; gerekirse il sağlık müdürlüğüne bildirim yapılır.
- Uygunsuzluk tespit edildiğinde DİF açılır; aksiyon planı hazırlanır.
- Analiz bulguları iki aylık başhekim değerlendirme toplantısında sunulur.

DİF Kapatılma Oranı (%):

(İki aylık dönemde kapatılan DİF sayısı / Aynı dönemde açılan toplam DİF sayısı) × 100

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

Önceki dönemden devreden DİF'ler hesaba dahil edilmez; ayrı raporlanır.

5.6. İki Aylık Başhekim Değerlendirme Toplantısı (Ölçüt 12.6)

5.6.1. Toplantı Takvimi ve Katılımcılar

Kriter	Açıklama
Sıklık	Her iki ayda bir



Zamanlama	Sonraki ayın ilk 7 günü içinde önceki 2 aya ait veriler üzerinden yapılır
Zorunlu Katılımcılar	Başhekim, Acil Servis Sorumlu Başhekim Yardımcısı, Kalite Birimi Sorumlusu, Acil Servis Sorumlu Hekimi
Önerilen Katılımcılar	İstatistik / HBYS Birimi, Yüksek Sevk Sayısı Olan Branş Hekimleri
Gündem Hazırlık Sorumlusu	Kalite Birimi — toplantıdan en az 3 iş günü önce sevk analiz raporunu ilgililere iletir

5.6.2. Zorunlu Gündem Maddeleri

- Önceki dönem DİF'lerinin durumu — kapatılan, devam eden, yeni açılanlar
- İl içi sevk eksiksiz kayıt oranı raporu (Ölçüt 12.1)
- İl dışı sevk eksiksiz kayıt oranı raporu (Ölçüt 12.2)
- Branş hekimi tarafından sevk uygunluk oranı (Ölçüt 12.3)
- Mesai içi ve mesai dışı yetkili onay oranları (Ölçüt 12.4)
- 112 ve diğer tesislerden alınan sevk analizi — trend ve uygunsuzluklar (Ölçüt 12.5)
- Dönem içinde en fazla sevk yapan birimler ve branşlar — karşılaştırmalı değerlendirme
- Bir sonraki dönem hedefleri ve aksiyon planı

5.6.3. Toplantı Çıktıları

- Toplantı Tutanağı:** Tüm gündem maddeleri, alınan kararlar ve atanan sorumlular; katılımcılar tarafından imzalanır
- Aksiyon Takip Listesi:** Her aksiyon için sorumlu kişi ve tamamlanma tarihi belirlenir
- Dönem Sevk Analiz Raporu:** Tüm ölçüt oranlarını, birim ve branş bazlı sevk istatistiklerini içeren arşivlenen rapor

6. Performans Göstergeleri ve Hedefler

Gösterge	Formül	Hedef	Dönem
İl İçi Sevk Eksiksiz Kayıt Oranı	$(8 \text{ alan eksiksiz kayıt} / \text{İncelenen toplam il içi sevk}) \times 100$	%80 ve üzeri	2 Aylık
İl Dışı Sevk Eksiksiz Kayıt Oranı	$(9 \text{ alan eksiksiz kayıt} / \text{İncelenen toplam il dışı sevk}) \times 100$	%80 ve üzeri	2 Aylık
Branş Hekimi Tarafından Sevk Oranı	$(\text{Branş hekimi tarafından yapılan sevk} / \text{Toplam sevk}) \times 100$	%80 ve üzeri	2 Aylık
Mesai İçi Yetkili Onay Oranı	$(\text{Başhekim yrd. onaylı mesai içi sevk} / \text{Toplam mesai içi sevk}) \times 100$	%80 ve üzeri	2 Aylık
Mesai Dışı Yetkili Onay Oranı	$(\text{Nöbetçi şef hekim onaylı mesai dışı sevk} / \text{Toplam mesai dışı sevk}) \times 100$	%80 ve üzeri	2 Aylık
DİF Kapatılma Oranı	$(\text{Kapatılan DİF} / \text{Açılan DİF}) \times 100$	%80 ve üzeri	2 Aylık
Toplam Kurum Dışı Sevk Sayısı (Bilgi)	Dönemde il içi + il dışı toplam sevk sayısı	İzleme amaçlı	2 Aylık
112 Kaynaklı Gelen Sevk Sayısı (Bilgi)	Dönemde 112 sisteminden alınan toplam sevk sayısı	Azalan trend	2 Aylık

7. Sevkin Gerçekleştirilme Süreci — Adım Adım Akış



Adım	Eylem	Sorumlu	Kayıt
1	Sevk endikasyonu konulur; hasta ve/veya ailesi bilgilendirilir, onay alınır	İlgili Branş Hekimi	Hasta dosyası notu
2	Hedef sağlık tesisi ile iletişime geçilir; yatış veya kabul onayı alınır	Branş Hekimi / Hemşire	Sözlü / telefon kaydı
3	Yetkili yönetici (mesai içi: Başhekim Yrd.; mesai dışı: Nöbetçi Şef Hekim) bilgilendirilir ve onay alınır	Branş Hekimi	HBYS — yönetici onay alanı
4	Sevk belgesi hazırlanır: epikriz, aktif ilaç listesi, son tetkik sonuçları, görüntüler (CD/dijital)	Branş Hekimi / Hemşire	Sevk belgesi dosyası
5	HBYS'ye tüm zorunlu alanlar (il içi: 8 alan; il dışı: 9 alan) eksiksiz girilir	Branş Hekimi	HBYS sevk kaydı
6	Hasta kliniğine uygun araçla (ambulans, hasta nakil aracı vb.) transfer edilir; transfer sırasında gerekli tıbbi destek sağlanır	Hemşire / Sağlık Personeli	Transfer kayıt formu
7	Hastanın hedef tesise kabulü teyit edilir; teyit bilgisi hasta dosyasına not düşülür	Servis Hemşiresi	Hasta dosyası notu

8. İlgili Dokümanlar

- SDS Hastane Versiyon 2 — Standart 12 Algoritması ve Değerlendirme Ölçütleri
- Acil Servis Hizmetleri Etkinlik Analizi Prosedürü (ACS-PR-004)
- DİF Yönetim Prosedürü (KAL-PR-001)
- Hasta Nakil ve Transfer Talimatı (SEV-TL-001)
- Sevk Belgesi Hazırlama Talimatı (SEV-TL-002)
- Nöbet Devir Talimatı (İDA-TL-001)
- Hasta Hakları ve Bilgilendirme Prosedürü
- Toplantı Yönetimi Prosedürü

9. Kayıtlar

Kayıt Adı	Sorumlu	Saklama Süresi	Ortam
Sevk HBYS Kaydı (il içi ve il dışı)	Branş Hekimi	10 Yıl	HBYS
Sevk Belgesi (Epikriz, ilaç listesi, tetkikler)	Branş Hekimi / Hemşire	10 Yıl	Hasta Dosyası
Yetkili Yönetici Onay Kaydı	Branş Hekimi / HBYS	5 Yıl	HBYS
Sevk Analiz Raporu (Dönemlik)	Kalite Birimi	5 Yıl	Dijital
DİF Formu ve Takip Kaydı	Kalite Birimi	5 Yıl	HBYS / Dijital
İki Aylık Değerlendirme Toplantısı Tutanağı	Başhekimlik / Kalite	5 Yıl	Fiziksel + Dijital
Transfer Kayıt Formu	Servis Hemşiresi	5 Yıl	Fiziksel