



Standart 6 Genel Açıklaması: Bu standart, koroner anjiyografi odalarının etkin kullanımını analiz etmeyi ve STEMI hastalarında kapı-balon süresini izlemeyi kapsar. Acil kardiyak durumlar (STEMI) için kapı-balon süresi doğrudan hasta yaşamını etkileyen kritik bir göstergedir. Bu nedenle prosedür; hem rutin planlı anjiyo süreçlerini hem de acil PKG protokolünü ayrıntılı biçimde ele almaktadır.

Ölçüt 6.1

MHRS Randevu Planlaması

Acil vakalar hariç tüm anjiyo randevuları MHRS üzerinden alınmalı

Ölçüt 6.2

HBYS İzlenebilirlik

Başlangıç, bitiş ve vakalar arası bekleme süreleri HBYS'de görünür olmalı

Ölçüt 6.3

Kapı-Balon Süresi (STEMI)

STEMI → primer PKG için kapı-balon süresi analizi — kritik klinik gösterge

Ölçüt 6.4

Kök Neden Analizi

Gerçekleşen, iptal ve ertelenen anjiyo sayılarının hasta/hekim bazlı analizi

Ölçüt 6.5

2 Aylık Değerlendirme

Başhekim başkanlığında sonraki ayın ilk 7 günü toplantı

Bağlantılı Standart

Ameliyathane St.5

Cihaz yönetimi St.19 ve Tıbbi sarf St.20 ile doğrudan ilişkili

1. Amaç

Bu prosedürün amacı; koroner anjiyografi odalarının etkin ve verimli kullanımını sağlamak, MHRS üzerinden randevu planlamasını düzenlemek, anjiyografi odası başlangıç/bitiş ve vakalar arası sürelerin HBYS üzerinden izlenebilirliğini güvence altına almak, ST elevasyonlu miyokard enfarktüsü (STEMI) tanısı alan hastalarda kapı-balon süresini analiz etmek, gerçekleştirilen/iptal edilen/ertelenen anjiyografi vakalarının kök neden analizini yapmak ve **SDS Hastane Versiyon 2 Standart 6** gerekliliklerini eksiksiz karşılamaktır.

2. Kapsam

Bu prosedür; sağlık tesisinde bulunan tüm koroner anjiyografi odalarını (kateter laboratuvarlarını), kardiyoloji uzmanlarını ve girişimsel kardiyoloji ekibini, anjiyografi odası hemşireleri ve teknikerlerini, acil STEMI protokolü kapsamındaki tüm süreçleri (112 koordinasyonu dahil), MHRS üzerinden planlanan elektif vakalar ile acil girişimleri, planlama birimini ve kardiyoloji poliklinik süreçlerini kapsamaktadır.

Kapsam Dışı: Periferik anjiyografi (periferik damar hastalıkları) ve nöroanjiyografi bu prosedür kapsamı dışındadır; ilgili branşlara ait ayrı prosedürler hazırlanmalıdır.

3. Tanımlar ve Kısaltmalar



Kısaltma / Terim

Açıklama

Koroner Anjiyografi	Koroner arterlerin radyopak kontrast madde verilerek floroskopi eşliğinde görüntülenmesi işlemi
PKG (PCI)	Perkütan Koroner Girişim — balon anjiyoplasti, stent implantasyonu ve benzeri kateter tabanlı koroner tedavi yöntemleri
Primer PKG	STEMI tanısı alan hastada trombolitik tedavi uygulamaksızın doğrudan PKG yapılması
STEMI	ST Elevasyonlu Miyokard Enfarktüsü — elektrokardiyografide ST elevasyonu ile karakterize akut koroner sendrom türü; acil reperfüzyon gerektirir
Kapı-Balon Süresi (Door-to-Balloon)	Hastanın acil servise başvurduğu andan (ilk EKG veya tıbbi temas anı) primer PKG'de balon şişirildiği (reperfüzyon sağlandığı) ana kadar geçen toplam süre (dakika)
Elektif Anjiyo	Acil durumu olmayan, önceden planlanmış koroner anjiyografi işlemi
MHRS	Merkezi Hekim Randevu Sistemi — elektif anjiyo randevularının planlanması için kullanılır
HBYS	Hastane Bilgi Yönetim Sistemi — vaka başlangıç/bitiş sürelerinin kayıt altına alındığı sistem
Vaka Arası Süre	Bir önceki anjiyo vakasının bitişi ile bir sonraki vakanın başlangıcı arasındaki süre (oda temizliği, malzeme hazırlığı vb. dahil)
DİF	Düzeltilici İyileştirici Faaliyet — uygunsuzluk tespitinde başlatılan, sorumlu ve süre atanan aksiyon süreci
Kök Neden Analizi	Bir uygunsuzluğun (iptal, erteleme, uzun kapı-balon süresi vb.) temel nedenini bulmaya yönelik sistematik analiz yöntemi (5N1N, Balık Kılçığı vb.)
EKG	Elektrokardiyografi — STEMI tanısında kullanılan temel tanı aracı
Kardiyoloji Nöbet Hekimi	Acil STEMI durumlarında 7/24 ulaşılabilir olması zorunlu kardiyoloji uzmanı

4. Sorumlular

Unvan / Birim	Temel Sorumluluk	Bağlı Ölçüt
Başhekim	Prosedürün uygulanmasını denetlemek, 2 ayda bir değerlendirme toplantısına başkanlık etmek, STEMI kapı-balon süresi hedeflerini onaylamak	6.3, 6.5
Kardiyoloji Bölüm Başkanı / Sorumlu Uzman	Anjiyografi odası kullanım planını yönetmek, MHRS cetvellerini denetlemek, kapı-balon süresi analizlerini yürütmek, iptal/erteleme kök neden analizlerine liderlik etmek	6.1, 6.2, 6.3, 6.4
Girişimsel Kardiyoloji Uzmanları	Vakaları HBYS'ye eksiksiz kayıt etmek, STEMI protokolüne uymak, iptal/erteleme nedenlerini sisteme girmek	6.1, 6.2, 6.3, 6.4
Kardiyoloji Nöbet Hekimi	7/24 STEMI aktivasyonuna hazır bulunmak, kapı-balon süresi kayıtlarını tutmak, acil PKG ekibini aktive etmek	6.3
Anjiyografi Odası Hemşiresi / Teknikeri	Vaka başlangıç ve bitiş saatlerini HBYS'ye kayıt etmek, odalar arası hazırlık sürelerini belgelemek, malzeme hazırlığını tamamlamak	6.2
Acil Servis Ekibi	STEMI şüpheli hastalarda ilk EKG zamanını kayıt etmek, kardiyoloji nöbet hekimini derhal haberdar etmek, aktivasyon formunu doldurmak	6.3
Kalite Birimi	DİF açılması ve takibi, analiz raporlarının hazırlanması, performans göstergelerinin izlenmesi, değerlendirme toplantısı organizasyonu	6.4, 6.5
İstatistik / HBYS Birimi	Vaka sayısı, süre ve DİF raporlarının periyodik olarak çekilmesi ve paylaşılması	Tümü

5. Uygulama



5.1. Koroner Anjiyografi Randevularının MHRS Üzerinden Planlanması (Ölçüt 6.1)

5.1.1. Genel İlke

Acil vakalar (STEMI ve diğer hemodinamik instabilite durumları) dışındaki tüm elektif koroner anjiyografi randevuları MHRS üzerinden planlanmalıdır. Doğrudan randevu verilmesi (telefon, yazılı talep vb.) mevzuata aykırıdır.

5.1.2. Uygulama Adımları

- Kardiyoloji polikliniğine başvuran veya yönlendirilen hastalar için koroner anjiyografi endikasyonu hekimce belirlenir.
- Endikasyon belirlenen hasta için MHRS sistemi üzerinden anjiyografi randevusu oluşturulur; tarih, saat ve oda bilgisi sisteme işlenir.
- Anjiyografi oda cetvelleri, kardiyoloji bölüm sorumlusu tarafından aylık olarak MHRS'ye tanımlanır ve aktifleştirilir.
- Doluluk oranı %80'e ulaşan anjiyo saatlerinde ek oda kapasitesi açılması veya bekleme listesi yönetimi için kardiyoloji bölüm başkanı bilgilendirilir.
- Randomize vaka denetimlerinde her vakanın MHRS üzerinden planlanıp planlanmadığı kontrol edilir.
- MHRS dışı randevu tespit edildiğinde ilgili hekim bilgilendirilir, kayıt HBYS'ye eklenir ve DİF süreci başlatılır.

MHRS Üzerinden Verilen Randevu Uygunluk Oranı (%):

Oran = (MHRS üzerinden verilen randomize anjiyo sayısı / İncelenen toplam randomize anjiyo sayısı [acil hariç]) × 100

Değerlendirme: %80 ve üzeri → K %60-79 → KK %59 altı → KM

Not: Hesaplamaya yalnızca ilgili iki aylık dönemde açılan DİF dahil edilmelidir. Önceki dönemden devreden DİF'ler ayrı raporlanır.

5.1.3. Acil Vaka İstisnası

STEMI, yüksek riskli NSTEMI ve hemodinamik instabilitesi olan hastalar acil vaka kapsamında değerlendirilir ve MHRS üzerinden randevu oluşturulmaksızın doğrudan anjiyografi odasına alınabilir. Bu vakalar MHRS uygunluk oranı hesabının **dışında** tutulur; ancak HBYS'ye "acil" koduyla kayıt edilmesi zorunludur.

5.2. Anjiyografi Odası Sürelerinin HBYS Üzerinden İzlenebilirliği (Ölçüt 6.2)

5.2.1. Kayıt Zorunlulukları

Her anjiyografi vakası için aşağıdaki zaman damgaları HBYS'ye eksiksiz girilmelidir:

Zaman Damgası	Tanım	Kayıt Sorumlusu
Vaka Başlangıç Saati	Hastanın anjiyografi masasına alındığı ve işleme hazırlık başladığı saat	Oda Hemşiresi / Teknikeri
Vaka Bitiş Saati	İşlemin tamamlandığı ve hastanın masadan alındığı saat	Oda Hemşiresi / Teknikeri
Oda Hazırlık Başlangıcı	Bir önceki vaka bittikten sonra oda temizliği ve malzeme hazırlığının başladığı saat	Oda Hemşiresi
Sonraki Vaka Hazır Saati	Oda temizliği ve hazırlığın tamamlandığı, yeni vakanın alınmaya hazır olduğu saat	Oda Hemşiresi

5.2.2. Periyodik İzleme ve Analiz

- Her anjiyografi odası için aylık ortalama vaka süresi ve vaka arası bekleme süresi HBYS raporlarından çekilir
- Odalara göre vaka sayısı ve kullanım oranı karşılaştırmalı olarak raporlanır



- Uzun vaka arası süreler analiz edilerek nedenler (temizlik süresi, malzeme eksikliği, personel yetersizliği vb.) kayıt altına alınır
- Randomize seçilen vakalar üzerinden HBYS kayıtlarının eksiksizliği denetlenir

HBYS Üzerinden İzlenebilir Vaka Oranı (%):

Oran = (HBYS üzerinden izlenebilen randomize vaka sayısı / İncelenen toplam randomize vaka sayısı) × 100

Hedef: %80 ve üzeri

İzleme Amacı: Bu oran, başlangıç/bitiş ve vaka arası sürelerin HBYS üzerinden eksiksiz kayıt altına alınıp alınmadığını ölçer. Eksik kayıt tespit edildiğinde ilgili personele eğitim verilir ve DİF açılır.

5.2.3. Oda Verimliliği Hesabı

Her anjiyografi odası için aşağıdaki verimlilik göstergeleri aylık olarak hesaplanır:

Gösterge	Formül
Günlük Ortalama Vaka Sayısı	Toplam aylık vaka sayısı / Çalışılan gün sayısı
Ortalama Vaka Süresi	Toplam vaka süresi (dk) / Toplam vaka sayısı
Ortalama Vaka Arası Süre	Toplam vaka arası süre (dk) / (Toplam vaka sayısı - Gün sayısı)
Oda Kullanım Oranı (%)	(Toplam vaka süresi / Toplam çalışma süresi) × 100

5.3. STEMI — Kapı-Balon Süresi Analizi (Ölçüt 6.3)

KLİNİK KRİTİK UYARI

Kapı-balon süresi doğrudan miyokard hasarı miktarını ve hasta mortalitesini etkileyen en kritik kardiyolojik performans göstergesidir. Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) kılavuzlarına göre hedef kapı-balon süresi **≤ 60 dakika** (ilk tıbbi temas ile balon şişirilmesi arasındaki süre için) olarak belirlenmiştir. Türkiye Sağlık Bakanlığı tesis değerlendirmelerinde bu sürenin analizi zorunlu tutulmaktadır.

5.3.1. STEMI Aktivasyon Protokolü

STEMI şüphesi olan her hasta için aşağıdaki aktivasyon zinciri eksiksiz uygulanmalıdır:

Hasta Başvurusu (Acil / 112)

T = 0

>

İlk EKG Çekilmesi

≤ 10 dk

>

STEMI Tanısı + Aktivasyon

≤ 10 dk

>

Kateter Lab. Hazır

≤ 20 dk

>

Balon Şişirilmesi (Reperfüzyon)



Kapı-Balon \leq 90 dk

5.3.2. Kayıt Edilmesi Zorunlu Zaman Damgaları

Zaman Noktası	Tanım	Kayıt Sorumlusu
T1 – İlk Tıbbi Temas / Kapı	Hastanın acil servise triage edildiği veya 112 ambulansında ilk EKG çekildiği an	Acil Servis Hemşiresi
T2 – EKG Çekilme Saati	İlk 12 derivasyonlu EKG'nin çekildiği dakika	Acil Servis Hemşiresi
T3 – STEMI Tanısı	Kardiyoloji hekiminin STEMI tanısını koyduğu veya onayladığı saat	Nöbetçi Kardiyoloji Hekimi
T4 – Kateter Lab. Aktivasyonu	Anjiyografi ekibinin aktive edildiği saat	Nöbetçi Kardiyoloji Hekimi
T5 – Hasta Masaya Alınma	Hastanın anjiyografi masasına transferi tamamlandığında	Oda Hemşiresi / Teknikeri
T6 – Balon Şişirilmesi (Reperfüzyon)	Primer PKG'de balonun ilk şişirildiği veya stentin açıldığı dakika	Girişimsel Kardiyolog

Kapı-Balon Süresi Hesabı

Kapı-Balon Süresi = T6 (Balon) – T1 (Kapı/İlk Tıbbi Temas) [dakika cinsinden]

- **Hedef:** \leq 90 dakika (ESC 2023 kılavuzu) – tesis bazlı hedef başhekim onayı ile \leq 60 dk olarak belirlenebilir
- **Her STEMI vakası** için bu süre ayrı ayrı hesaplanır ve HBYS'ye kayıt edilir
- Hedef aşılın vakalarda **kök neden analizi** zorunludur; gecikmenin hangi aşamada olduğu (triage gecikmesi, EKG gecikmesi, aktivasyon gecikmesi, malzeme eksikliği vb.) belirlenir
- Kök neden tespitinin ardından DİF açılır ve aksiyonlar kayıt altına alınır

5.3.3. STEMI Kapı-Balon Analiz Süreci

1. Her STEMI vakası sonrasında **24 saat içinde** nöbetçi kardiyolog tarafından STEMI Vaka Formu doldurulur; tüm zaman damgaları (T1-T6) kayıt edilir.
2. Kalite birimi, her ayın ilk haftasında önceki aya ait tüm STEMI vakalarını derler; kapı-balon sürelerini hesaplar.
3. Hedefi aşan vakalar ($>$ 90 dk) kök neden formuna alınır; gecikmenin hangi aşamada gerçekleştiği belirlenir.
4. Kardiyoloji bölüm başkanı ile birlikte kök neden analizi yapılır (beyin fırtınası, 5N1N yöntemi veya balık kılçığı diyagramı).
5. Tespit edilen nedenler için DİF açılır; önlem planı hazırlanır ve sorumlu atanır.
6. İki aylık dönem sonunda tüm STEMI vakaları değerlendirme toplantısında sunulur.

5.3.4. Olası Gecikme Nedenleri ve Önlemler

Gecikme Aşaması	Olası Nedenler	Önlem
Triage / Kapı Gecikmesi	Triaj hemşiresinin STEMI farkındalığı düşük, EKG cihazı uzakta	Göğüs ağrısı protokolü güncelleme, EKG cihazı triaj noktasına taşıma
Tanı Gecikmesi	Atipik EKG bulgusu, kardiyoloji konsültasyonunda gecikme	Kardiyoloji 7/24 nöbet sistemi güçlendirme, uzaktan EKG yorumu altyapısı
Aktivasyon Gecikmesi	Ekip haberleşmesinde aksaklık, nöbet değişimi dönemi	Tek çağrı aktivasyon sistemi kurma (STEMI hotline), nöbet geçiş protokolü
Kateter Lab. Hazırlık Gecikmesi	Malzeme eksikliği, personel sayısı yetersizliği, oda meşgul	STEMI seti hazır tutma, minimum iki kateter lab. personeli nöbet zorunluluğu
Transfer Gecikmesi	Asansör bekleme, güzergah uzunluğu	STEMI transfer güzergahı iyileştirme, asansör öncelik sistemi

5.4. Gerçekleştirilen, İptal ve Ertelenen Vakaların Kök Neden Analizi (Ölçüt 6.4)



5.4.1. Vaka Kategorileri

Tüm koroner anjiyografi vakaları HBYS'de aşağıdaki kategorilerden biriyle kayıt edilmelidir:

Kategori	Tanım	HBYS Kodu
Gerçekleşti Planlanan veya acil anjiyo işlemi başarıyla tamamlandı		ANJ-GER
İptal Edildi Planlanan vakanın herhangi bir nedenle tamamen iptal edilmesi		ANJ-IPT
Ertelendi Planlanan vakanın aynı gün veya sonraki güne ertelenmesi		ANJ-ERT

5.4.2. Kök Neden Kategorileri

İptal veya erteleme gerçekleştiğinde ilgili hekim, nedeni aşağıdaki ana kategorilerden seçerek HBYS'ye kaydeder:

- **Hasta kaynaklı:** Hasta gelmedi, bilgilendirilmiş rıza reddedildi, kontrendikasyon gelişti, klinik durumu değişti
- **Teknik / Ekipman kaynaklı:** Cihaz arızası, kontrast madde eksikliği, vasküler kit tükenmesi, oda bakım/temizlik
- **Personel kaynaklı:** Hekim izin/hastalık, ekip yetersizliği, nöbet geçiş dönemi
- **Organizasyon kaynaklı:** Program yoğunluğu, acil vakalar nedeniyle oda önceliği değişimi, ameliyathane çakışması
- **Diğer:** Açıklama zorunludur

5.4.3. Analiz Süreci

1. İstatistik birimi, her iki ayda bir gerçekleştirilen/iptal/ertelenen vaka sayılarını hasta ve hekim bazlı HBYS'den çeker.
2. İptal ve erteleme oranları (%): (İptal+Erteleme sayısı / Toplam planlı vaka sayısı) × 100 formülüyle hesaplanır.
3. Yüksek iptal/erteleme oranı tespit edilen hekim veya kategoriler için kök neden analizi yapılır.
4. Tekrarlayan nedenler (örn. sürekli cihaz arızası, belirli bir hekimde yüksek iptal oranı) için DİF açılır.
5. Analiz sonuçları kardiyoloji bölüm başkanı ve hekimlerle karşılaştırmalı olarak paylaşılır.
6. İyileştirme önlemleri (teknik bakım sıklığı artırma, stok yönetimi, personel planlaması güncelleme vb.) uygulamaya alınır.

İptal/Erteleme Analizi — DİF Kapatılma Oranı (%):

DİF Kapatılma Oranı = (İki aylık dönemde kapatılan DİF / Aynı dönemde açılan toplam DİF) × 100

Değerlendirme: %80 ve üzeri → K %60-79 → KK %59 altı → KM

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

5.5. İki Aylık Başhekim Değerlendirme Toplantısı (Ölçüt 6.5)

5.5.1. Toplantı Takvimi ve Katılımcılar

Kriter	Açıklama
Sıklık	Her iki ayda bir (Ocak-Şubat, Mart-Nisan, Mayıs-Haziran, Temmuz-Ağustos, Eylül-Ekim, Kasım-Aralık dönemleri)
Zamanlama	Sonraki ayın ilk 7 günü içinde önceki 2 aya ait veriler üzerinden yapılır
Zorunlu Katılımcılar	Başhekim, Kardiyoloji Bölüm Başkanı, Girişimsel Kardiyoloji Uzmanları, Kalite Birimi Sorumlusu
Önerilen Katılımcılar	Acil Servis Sorumlusu, HBYS Birimi, İstatistik Birimi
Gündem Hazırlık Sorumlusu	Kalite Birimi — toplantıdan en az 3 iş günü önce gündem ve analiz raporlarını gönderir

5.5.2. Zorunlu Gündem Maddeleri



- Önceki dönem DİF'lerinin durumu: kapatılan, devam eden ve yeni açılanların gözden geçirilmesi
- MHRS randevu uygunluk oranı raporu ve sapmaların değerlendirilmesi (Ölçüt 6.1)
- HBYS izlenebilirlik oranı ve eksik kayıt analizi (Ölçüt 6.2)
- STEMI kapı-balon süresi özeti: dönem ortalaması, hedef aşan vakalar ve kök neden bulguları (Ölçüt 6.3)
- İptal/erteleme vaka analizi: oranlar, kök nedenler ve alınan önlemler (Ölçüt 6.4)
- Anjiyografi odası verimlilik göstergeleri: oda kullanım oranı, vaka arası süreler
- Bir sonraki dönem için hedefler ve aksiyon planı

5.5.3. Toplantı Çıktıları

- Toplantı tutanağı: tüm gündem maddelerini, alınan kararları ve atanan sorumluları içerir
- Aksiyon takip listesi: her aksiyon için sorumlu kişi, tamamlanma tarihi ve öncelik düzeyi belirlenir
- Hedef güncelleme formu: kapı-balon süresi hedefi gibi klinik hedeflerin güncellenmesi gerekiyorsa başhekim onayına sunulur
- Tüm belgeler kalite birimi tarafından arşivlenir

İyi Uygulama Önerisi: Toplantıda STEMI kapı-balon süresine ait vaka bazlı veriler anonim olarak hekim ve ekiple paylaşıldığında farkındalık ve motivasyon artmaktadır. Her hekimin dönem ortalaması, tesis ortalamasıyla karşılaştırmalı biçimde sunulması tavsiye edilir.

6. Performans Göstergeleri ve Hedefler

Gösterge	Formül	Hedef	Dönem
MHRS Randevu Uygunluk Oranı	$(\text{MHRS'den planlanan anjiyo} / \text{Toplam elektif anjiyo}) \times 100$	$\geq \%80$	2 Aylık
HBYS Vaka İzlenebilirlik Oranı	$(\text{HBYS'de eksiksiz kayıtlı vaka} / \text{Toplam vaka}) \times 100$	$\geq \%80$	2 Aylık
Ortalama Kapı-Balon Süresi (STEMI)	$\text{Toplam kapı-balon süresi (dk)} / \text{STEMI vaka sayısı}$	$\leq 90 \text{ dk}$	Aylık
Hedef Kapı-Balon Süresine Uyum Oranı	$(\leq 90 \text{ dk gerçekleşen STEMI vaka sayısı} / \text{Toplam STEMI}) \times 100$	$\geq \%80$	2 Aylık
Elektif Anjiyo İptal Oranı	$(\text{İptal vaka sayısı} / \text{Toplam planlı vaka}) \times 100$	Azalan trend	2 Aylık
Elektif Anjiyo Erteleme Oranı	$(\text{Ertelenen vaka sayısı} / \text{Toplam planlı vaka}) \times 100$	Azalan trend	2 Aylık
Oda Kullanım Oranı	$(\text{Toplam vaka süresi} / \text{Toplam çalışma süresi}) \times 100$	Tesis hedefi	Aylık
Ortalama Vaka Arası Süre	$\text{Toplam vaka arası süre} / (\text{Vaka sayısı} - \text{Gün sayısı})$	$\leq 20 \text{ dk}$	Aylık
DİF Kapatılma Oranı	$(\text{Kapatılan DİF} / \text{Dönemde açılan DİF}) \times 100$	$\geq \%80$	2 Aylık
Karşılaştırmalı Hekim Paylaşım Oranı	$(\text{Paylaşım yapılan hekim} / \text{Toplam hekim}) \times 100$	$\geq \%80$	2 Aylık

7. STEMI Acil Protokol Özeti

7/24 STEMI Aktivasyon Zinciri

Adım	Eylem	Süre Hedefi
1. Triage	Göğüs ağrısı / nefes darlığı olan tüm hastalara 10 dakika içinde EKG çekilir	$\leq 10 \text{ dk}$
2. EKG Yorumu	EKG kardiyoloji hekimine (telefon veya dijital sistem üzerinden) iletilir; STEMI tanısı konulur	$\leq 10 \text{ dk}$
3. Aktivasyon	Kardiyoloji nöbet hekimi tek çağrı ile anjiyografi ekibini aktive eder; oda hazırlığı başlar	Anında
4. Transfer	Hasta belirlenen STEMI güzergahı üzerinden kateter laboratuvarına transfer edilir	$\leq 20 \text{ dk}$
5. Reperfüzyon	Primer PKG gerçekleştirilir; balon şişirilme saati HBYS'ye kayıt edilir	Kapı-Balon $\leq 90 \text{ dk}$



6. Belgeleme Tüm zaman damgaları (T1-T6) 24 saat içinde STEMI Vaka Formuna işlenir ≤ 24 saat

8. İlgili Dokümanlar

Doküman Adı	Kod	Birim
SDS Hastane Versiyon 2 — Standart 6 Algoritması	—	Sağlık Bakanlığı
STEMI Aktivasyon ve Kapı-Balon Talimatı	KAR-TL-001	Kardiyoloji
STEMI Vaka Kayıt Formu	KAR-FR-001	Kardiyoloji / Kalite
Anjiyografi Odası Kullanım Talimatı	KAR-TL-002	Kardiyoloji
Anjiyografi Odası Vaka Başlangıç/Bitiş Kayıt Formu	KAR-FR-002	Anjiyografi Odası
DİF Yönetim Prosedürü	KAL-PR-001	Kalite Birimi
Ameliyathane Hizmetleri Prosedürü	AME-PR-005	Ameliyathane
Acil Servis Hizmetleri Prosedürü	ACS-PR-004	Acil Servis
Cihaz Yönetimi Prosedürü	CİH-PR-019	Biyomedikal
ESC 2023 STEMI Kılavuzu (Referans)	—	Avrupa Kardiyoloji Derneği

9. Kayıtlar

Kayıt Adı	Sorumlu	Saklama Süresi	Ortam
STEMI Vaka Formu (T1-T6 zaman damgaları)	Kardiyoloji / Kalite	15 Yıl	Fiziksel + Dijital
Kapı-Balon Süresi Aylık Özet Raporu	Kalite Birimi	10 Yıl	Dijital
Anjiyografi Odası Vaka Başlangıç/Bitiş Kaydı	Oda Hemşiresi / HBYS	5 Yıl	HBYS
MHRS Randevu Uygunluk Kontrol Kaydı	Kalite Birimi	3 Yıl	Dijital
İptal / Erteleme Kök Neden Analiz Formu	Kardiyoloji / Kalite	5 Yıl	Dijital / Fiziksel
DİF Formu ve Takip Kaydı	Kalite Birimi	5 Yıl	HBYS / Dijital
İki Aylık Değerlendirme Toplantısı Tutanağı	Başhekimlik / Kalite	5 Yıl	Fiziksel + Dijital
Karşılaştırmalı Hekim Paylaşım Kaydı	Kalite Birimi	3 Yıl	Dijital
Oda Verimlilik Raporları (Aylık)	İstatistik / HBYS	3 Yıl	Dijital