1.AMAÇ: Hastaların sağlık kurumlarında karşılaşabileceği muhtemel riskler ve alınması gereken temel önlemlerin belirlenmesi.

2.KAPSAM: Tüm Hastane

3. SORUMLULAR:

- Tıbbi, idari, hemşirelik hizmetleri yöneticilerinden birer temsilci
- Kalite Yönetim Sorumlusu
- Cerrahi Branş Uzmanı
- Dahili Branş Uzmanı
- Laboratuvar Temsilcisi
- Anestezi Uzmanı
- Hastane Bilgi Sistem Sorumlusu
- Eczane Sorumlusu
- Bölüm kalite sorumlularından 4 temsilci bulunur.

4. TANIMLAR:

Hasta Güvenliği: Hasta güvenliği, sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve sağlık hizmetine bağlı hataların neden olduğu hasta hasarlarının ortadan kaldırılması veya azaltılmasıdır.

5. UYGULAMA:

Hasta Güvenliğinde Temel Hedef

Hizmet sunumu esnasında hata oluşmasını engelleyecek, hatalar nedeniyle hastayı olası zararlardan koruyacak, hata olasılığını ortadan kaldıracak bir sistemin kurulmasıdır

Hasta Güvenliği Komitesinin Görev alanları;

1. Hastaların Doğru Kimliklendirilmesi
2. Çalışanlar Arasında Etkili İletişim Ortamının Sağlanması
3. İlaç Güvenliğinin Sağlanması
4. Transfüzyon Güvenliğinin Sağlanması
5. Radyasyon Güvenliğinin Sağlanması
6. Düşmelerden Kaynaklanan Risklerin Azaltması
7. Güvenli Cerrahi Uygulamalarının Sağlanması
8. Tıbbi Cihaz Güvenliğinin Sağlanması
9. Hasta Mahremiyetinin Sağlanması
10. Hastaların Güvenli Transferi
11. Hasta bilgileri ve kayıtlarının sağlık çalışanları arasında güvenli bir şekilde devredilmesi
12. Bilgi güvenliğinin sağlanması
13. Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi
14. Laboratuvarda hasta güvenliğinin sağlanması

HASTA GÜVENLİĞİ UYGULAMALARI

1.Hastaların Doğru Kimliklendirilmesi

Amaç; doğru hastaya, doğru zamanda, doğru işlemin yapılmasının sağlanmasıdır. Hasta Kimlik doğrulaması; kimlik belirteçleri ile yapılır ve bu bilgiler hasta kol bandında yer almaktadır.

- Hasta adı soyadı
- Protokol numarası
- Doğum tarihi(gün/ay/yıl)

Yatışı yapılan her hastada **beyaz** renkli kimlik tanımlayıcı kullanılmalı,

Alerjik hastalarda ise sadece **kırmızı** renkli kimlik tanımlayıcı kullanılmalı,

Tanı tedavi için yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanmalıdır

Doğum sırasında kız bebeklere **pembe**, erkeklere **mavi** kimlik tanımlayıcı kullanılmalıdır.

- Aynı seri numaralı anne-bebek kimlik tanımlayıcısı kullanılmalı,
- Annedeki beyaz kimlik tanımlayıcı bebeğin cinsiyetine göre değiştirilmeli,
- Bebeğin kimlik tanımlayıcısında; annenin adı-soyadı, bebeğin doğum tarihi bilgileri yer almalıdır.

Hasta yatışlarında dört ayrı renkte kimlik tanımlama bilekliği kullanılır Renkli bileklik uygulamasında; Hasta Kimliğinin Doğrulaması Prosedürü doğrultusunda uygulama yapılmalıdır.

AYAKTAN HASTALARDA KİMLİK DOĞRULAMA:

Hastane içinde olan işlemler (tetkik, vs.) için hastaya ait kimlik bilgilerinin yer aldığı nüfus cüzdanı ya da resimli bir kimlik belirleyicisi (ehliyet) kullanılmaktadır.

2.ETKİLİ İLETİŞİMİN SAĞLANMASI

Etkili iletişim; doğru zamanlı, kesin, tam, belirsizlik taşımayan ve alıcı tarafından anlaşılan, hataları azaltan ve hasta bakımında iyileşmeyle sonuçlanan iletişimdir.

Hataya en çok neden olan iletişim

1. Sözel/Telefonla bildirilen Hasta Orderları
2. Kısaltma ve Sembollerin Kullanılması
3. Kritik Test Sonuçlarının İletilmesi

a.Sözel İstem Uygulamaları Nasıl Olmalıdır?

1) Hasta bakım ve tedavi sürecinde sözlü/telefon talimatlarının verilmesi ve alınmasında

1. Sözlü/telefon talimatının alınması sırasında ilacın ismi, dozu, uygulama şekli ve veriliş sıklığı açık olarak belirtilir.
2. Sözlü/telefon talimatı alınırken önce talimat yazılır, yazılan talimat daha sonra geri okunur ve doğruluğu talimatı veren kişiye onaylatılır, lüzumu halinde verilen ilaç adının kodlama yöntemi ile tekrar edilmesi istenir.

2) Sözlü/telefon talimatlarının kaydında;

1. Talimatı veren tabibin adı ve soyadı, talimatın alındığı tarih ve saat **Sözlü ve Telefonla Tabip Talimatları Formu** ‘ na kaydedilir.
2. Talimatların altına “Sözlü Talimat” veya “Telefon Talimatı” olduğu yazılır.
3. Sözlü ve Telefonla Tabip Talimatları Formu, sözlü talimatı veren tabip tarafından 24 saat içinde imzalanır ve hasta tabelasına geçirilir.
4. Talimatı veren tabibe 24 saat içinde ulaşılamadığı takdirde **Sözlü ve Telefonla Tabip Talimatları Formu** , hastayı devralan servis tabibi tarafından onaylanır ve hasta tabelasına geçirilir.
5. Telefon talimatları, sağlık kurum veya kuruluşunun santralinde kayıt altına alınır.
6. Yüksek hata potansiyeli nedeni ile, kemoterapi ilaçları ve yüksek riskli ilaç listesinde yer alan ilaçlar için (resüsitasyon durumları hariç) sözel telefon talimatı kabul edilmez.

3.İLAÇ GÜVENLİĞİNİN SAĞLANMASI

Bir ilacın üretim aşamasından, tüketim aşamasına hatta ilacın uzun süreli etkilerinin ortaya çıkıp, tamamen vücuttan uzaklaştırıldıktan sonraki sürece kadar devam eden bir kavramdır.

İlaç uygulama hata nedenleri

- Okunaksız el yazısı,
- Ondalık noktaların doğru kullanılmaması,
- Kısaltma kullanımı,
- Yanlış doz, form, süre bilgileri,
- İlaç istem bilgilerinin yanlış okunması ve kaydedilmesi,
- Sözel istemlerin doğrulanmaması,
- İlaçların yanlış hasta poşetine konulması,
- İlaç- ilaç, ilaç- besin etkileşimine dikkat edilmemesi,
- İlaç hazırlama, saklama, depolama koşullarının uygunsuzluğu.

İlaç Güvenliğinin Sağlanması İçin

1. Yatışına karar verilen hastanın varsa kullandığı ilaçlar **Yetişkin Hasta Tanılama Formu** 'nun Sürekli Kullandığı İlaçlar kısmına kaydedilir
2. Teslim alınan ilaçların miat kontrolü yapılmalı, ilaçlar hekim tarafından kontrol edilmelidir.
3. Hastanın beraberinde getirdiği ilaçlar hemşire tarafından uygulanmalıdır.
4. İlaçlar kapalı kaplarda ve kişiye özel hazırlanmalı, kaplarda hastanın kimlik tanımlayıcı bilgileri bulunmalıdır.
5. Tedavi planı, ilaç dozu, zamanı ve uygulama şeklini içerecek şekilde okunaklı olarak her bir hasta tabelasına hastanın kendi tabibi tarafından yazılır, kaşelenerek imzalanır.
6. Hemşire hekimin tedavi planını hemşire gözlem formuna kaydetmeli,
7. İlaçlar hastaya hemşire tarafından uygulanmalı,
8. Stajyerlerin ilaç uygulamaları da hemşire gözetiminde olmalıdır.
9. İlgili hekim hasta tabelasına ilaç isimlerini kısaltarak yazmamalıdır.
10. Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçlar kilitli alanlarda bulundurulmalı, devir teslimi yapılırken kayıt altına alınmalı ve imza olmalıdır.
11. Advers etki bildirimi ile ilgili farmakovijilans sorumlusuna bildirilmeli,
12. Akılcı ilaç kullanımı ile ilgili hastaların sıklıkla kullandığı alanlarda broşür, poster, video bulundurulmalı.
13. Hastanın taburcu olduktan sonra kullanacağı ilaçlar **Taburcu Sonrası Hasta Bilgilendirme Formu'** na kaydedilir, aslı hastaya verilir, bir örneği hasta dosyasında bırakılır.
14. İlgili hekim hasta tabelasına ilaç isimlerini kısaltarak yazmamalıdır. **İlaç Uygulamalarında Kullanılmaması Gereken Kısaltmalar Listesi** ' nde belirlenmiştir ve buna göre uygulama yapılır. Yazılışı, okunuşu, ambalajı benzer ilaçlar, yüksek riskli ilaçlar, pediatrik dozda kullanılacak ilaçlar, ilaç yan etki bildirimine ait uygulamalar **İlaç Yönetimi Prosedürü** gereğince yapılır.

Benzer Görünüşe Okunuşa Sahip İlaçlar Listesi, Yüksek Risk Grubu İlaçlar Listesi, Pediatrik Dozdaki İlaçlar Listesi hastanemizdeki tüm birimlerde bulunmaktadır. İlaç uygulamalarında 8 doğru kuralına uyulmalıdır; Doğru Hasta, Doğru İlaç, Doğru Yol, Doğru Zaman, Doğru Doz, Doğru Form, Doğru Etki, Doğru Kayıt.

4.TRANSFÜZYON GÜVENLİĞİ

Transfüzyon Güvenliği; Kan/ kan ürünleri transfüzyonu işlemlerinin bilimsel kriterlere uygun ve komplikasyonsuz olarak yapılmasıdır.

1. Doktor Orderi olmadan transfüzyon işlemine başlanmamalıdır. Mutlaka transfüzyon endikasyonu ve kanın veriliş süresi orderda belirtilmelidir.
2. Hasta kan verileceği konusunda yeterince bilgilendirilmelidir.
3. Tedaviyi kabul veya red etmesi veya alternatif bir yaklaşımı tercih etmesi konusunda aydınlatılmalıdır. Bu seçim tercihlerin yer aldığı bilgilendirme formunda işaretlenmelidir.
4. Hasta kan ürünlerinin transfüzyonuna karşıysa bu konudaki gerekçesi ve ayrıntıların hasta dosyasına kaydedilmesi doğru olacaktır.
5. Hastanın veya hasta yakınlarının kan transfüzyonu onam formunu imzalamadan yani yazılı olarak onayı alınmadan kesinlikle transfüzyon yapılmamalıdır. İmzalanan formun bir nüshası hastaya verilir. Diğer nüshası da hasta dosyasına konulur.
6. **Kan Transfüzyon Onam Formu ve Kan Transfüzyon Formu** 2 hemşire ile kontrol edilir ve gerekli bilgiler yazılır.
7. Transfüzyon öncesi, kan bankasından gelen kan ve kan ürününün türü ve miktarı, cross–match kayıtları ve kimlik bilgileri iki sağlık personeli tarafından kontrol edilir ve ürünün planlanan veriliş süresi doğrulanır kayıt altına alınır
8. Transfüzyonun ilk 15 dakikası 2 ml/dk hızla başlanır ve reaksiyon yok ise 4 ml/dk hıza çıkarılır. Transfüzyon boyunca her 30 dakikada bir hastanın vital bulguları izlenir ve kaydedilir.

5.RADYASYON GÜVENLİĞİNİN SAĞLANMASI

Radyasyon; enerjinin ortamda parçacık ya da elektromanyetik dalgalar şeklinde yol almasıdır. İyonize ışınlar, canlılarda moleküler ve hücresel düzeylerde fiziksel, kimyasal ve biyolojik olmak üzere çeşitli değişikliklere yol açarlar. Radyasyon ne kadar düşük dozda olursa olsun ileride kanser gibi bir sağlık sorunları oluşumuna neden olabilir.

Hastaları Radyasyonunu Olumsuz Etkilerinden Korumak İçin;

1. Hastalar görüntüleme ünitesine tek tek alınmalı,
2. Hastanın koruyucu donanım kullanması sağlanmalı,

3. Hastanın sadece çekim yapılacak bölgesi ışınlanmalı,
4. Radyasyon uygulamaları yapılırken görüntüleme ünitesinin kapılarının kapalı olmasına dikkat edilmeli,
5. Hasta yakınları gerekmedikçe görüntüleme alanına alınmamalı,
6. Gebe ve gebelik şüphesi olanlar radyasyon güvenliği konusunda bilgilendirilmelidir.

6.DÜŞMELERDEN KAYNAKLANAN RİSKLERİN AZALTILMASI

Düşmeler özellikle hastada meydana gelebilecek olumsuz durumlar ve hasta bakım maliyetindeki artış açısından önemlidir.

Düşme riskinin önlenmesi amacı ile hastalar bölüme kabulünde düşme riski yönünden değerlendirilir, düşme riski olan hastalar için, hastanın risk düzeyine yönelik önlemler alınır

Hastane içerisinde düşme riski bulunan hastalarda **Düşme Riski Ölçeği Formu** doldurulur.

- Yetişkin hastalarda **İtaki Düşme Riski Ölçeği** doldurulur ve risk değerlendirmesi sonucunda yüksek risk kabul edilme sınırı 9 üstüdür
- 0-16 yaş grubu için **Harezmi Düşme Riski Ölçeği** doldurulur ve risk değerlendirmesi sonucunsa yüksek risk kabul edilme sınırı 15 ve üstüdür.

Yüksek riskli kabul edilen hastalar **Düşen adam figürü** tanımlanmalı ve bu tanımlayıcı hastanın yatak başına asılmalıdır.

Alınan tüm tedbirlere rağmen hasta düşerse **Güvenlik Raporlama Sistemi Bildirim Formunda Hasta Düşmesi işaretlenerek form eksiksiz** doldurulur, en kısa zamanda kalite yönetim birimine bildirim yapılır, olay ile ilgili gerekli düzeltici önleyici çalışmalar başlatılır.

Hasta Düşmelerini Önlemek İçin;

1. Hasta eğitimi verilmeli
2. Yatak seviyesi alt düzeyde olmalı, yatak kenarları kaldırılmalı.
3. Sandalye ve yatak her zaman kilitli pozisyonda olmalı
4. Görsel ve işitsel cihaz kullanılıyorsa etkinliği kontrol edilmeli
5. Tedavisindeki ilaçlar kontrol edilmeli, düşmeyi oluşturabilecek olası yan etkileri hakkında hasta ve ailesine bilgi verilmeli
6. Çağrı zili hastanın ulaşabileceği yere yerleştirilmeli
7. Ördek, sürgü ve banyoya götürmek için destek olunmalı
8. Tuvalet zamanları planlanmalı, kaymayan terlik giydirilmeli
9. Yürüteç, değnek, tekerlekli sandalyeye ihtiyacı olan hastalara bu ekipmanlar sağlanmalı, mobilizasyon ve transfer sırasında yardımcı olunmalıdır.
10. Yatan hastalarda hareket kısıtlama kararı hekim tarafından verilir, karar tedavi planında yer almalı, karar en geç 24 saatte bir gözden geçirilmelidir.

7.GÜVENLİ CERRAHİ UYGULAMALARININ SAĞLANMASI

Güvenli cerrahi uygulamaları için alınması gereken tedbirler şunlardır:

a) Cerrahi işlem güvenliği için

..... Hastanesi **Anestezi Formu** ilgili hemşire tarafından doldurulur.

1. Ameliyathanedeki tüm cihaz ve ısı kaynaklarının periyodik bakım ve kalibrasyonlarının yapılması sağlanır ve ameliyat öncesi son teknik kontrolleri yapılır.
2. Hatalı gaz ve gaz karışımı verilmesini önlemek amacıyla, ameliyathane öncesi gerekli kontroller yapılır.
3. Cerrahi işleme başlamadan önce tüm ekipmanların mevcut ve fonksiyonel olduğu kontrol edilir.
4. Yapılacak uygulamanın eksiksiz ve doğru olmasını sağlamak için **Anestezi Güvenlik Kontrol Listesi** kullanılır.
5. Cerrahi Güvenlik Kontrol Listesi; kontrol listesi sorumlusu tarafından anestezi verilmeden önce, ameliyat kesisinden önce ve ameliyathaneden çıkmadan önce uygulanır. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi hasta dosyasında saklanır.

b) Yanlış hasta ve yanlış taraf cerrahi uygulamalarının önlenmesinde

1. Cerrahi işlemlerin, Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenen hasta güvenliği çözümlerine ve evrensel protokole uygunluğunun sağlanması esastır.
2. Ameliyat öncesi serviste hasta ile ilgili son kontroller tabip tarafından yapılarak hastanın da katılımıyla taraf işaretleme süreci gerçekleştirilir.
3. Hastaya ameliyat öncesi servis hemşiresi tarafından kimlik doğrulama işlemi yapılır ve hasta, dosyası ile birlikte görevli refakatinde ameliyathaneye gönderilir.
4. Hasta ameliyathaneye kabul edilirken, ameliyathane hemşiresi ve anestezi teknisyeni tarafından kimlik doğrulama işlemi yapılarak beraberce teslim alınır.

c) Cerrahi işlemlerde taraf işaretleme sürecinde uygulanacak kurallar şu şekildedir;

1. Taraf işaretlemesi için cerrahi taraf işaretleme kalemi kullanılır.
2. Yapışkan taraf işaretleyicileri kullanılmaz.
3. İşaret ameliyat bölgesine veya yakınına belirgin ve silik olmayacak şekilde konulur. Diğer bakım süreçleri için gerekmedikçe ameliyat edilmeyecek bölgeler işaretlenmez.
4. Taraf işaretleme mutlaka hastanın uyanık ve bilinçli olduğu zaman
5. Çoklu yatay yapılar (el ve ayak parmakları ve lezyonlar) veya çoklu düzeylerde (lomber ve torakal ve servikal omurlar) en uygun ve en yakın bölge işaretlenir.
6. Tek organ vakaları (sezaryen bölgesi, kalp cerrahisi gibi), müdahaleler sırasında, kateter ve enstrümanların takılmasında, cerrahi prosedürün tasarlandığı açık yara ve lezyonlarda, acil müdahalelerde, prematüre bebeklerle ilgili müdahalelerde işaretleme yapılmaz.

ç) Elektro cerrahi, lazer ve diğer elektrikli cihazlarla yapılan işlemlerde cerrahi yanıkların oluşmasını önlemek için cihazların kullanımında dikkat edilecek hususlar şunlardır:

1. Cihazın kalibrasyon periyodu belirlenir ve sadece kalibrasyonlu cihazlar kullanılır.
2. Özellikle koter cihazları için ekonomik kullanma ömrü belirlenir ve bu süre sonunda demirbaş kaydından düşürülür.
3. Üretici firmanın belirtmiş olduğu bakım aralıklarında bakım yapılır(altı aylık veya yıllık).

d) Cerrahi işlem sürecinde dikkat edilecek hususlar şunlardır:

1. Cihazların teknik kontrolünde kabloların yeterli uzunlukta olduğu ve bağlantıların doğru kullanılıp kullanılmadığı kontrol edilir.
2. Hastanın ekstrem iteleri metal masa kısmıyla temas etmemelidir.
3. Hastanın altında sıvı birikmesi önlenir.

İşlem yapılacak bölgenin nem oranı % 50 seviyesinde tutulur.

8.TIBBİ CİHAZ GÜVENLİĞİNİN SAĞLANMASI

Hastanemizde tıbbi cihazların bakım, onarım, ölçme, ayar ve kalibrasyonları belirli aralıklarda(bu aralık her cihaz için şartnamede tanımlanmıştır) yapılır. Kalibrasyonu yapılan cihazların kalibrasyon etiketi bulunur. Etikette;

- Kalibrasyonu yapan firmanın adı
- Kalibrasyon tarihi
- Geçerlilik süresi
- Sertifika numarası bulunur.

9.HASTA MAHREMİYETİNİN SAĞLANMASI

Hastanemize muayene, tetkik, girişimsel işlem için başvuran tüm hastalarda:

Fiziksel mahremiyetin korunması;

- Polikliniklerde hasta mahremiyetine önem verilmelidir.
- Poliklinik odasında muayene alanı paravanla tam olarak ayrılmış ya da hasta muayene sedyesi etrafı ayaklı perde ile tam olarak kapanabilen tasarımda olmalıdır.
- Poliklinik odasında hasta varken aynı zamanda başka bir hasta alınmamalıdır.
- Poliklinik odasında hasta varken odada görevli personel dışında kimse (hasta yakını hariç) bulunmamalıdır.
- Polikliniklerde, uygulama alanlarında, hasta odalarında kontrolsüz girişlerin önlenmesi gereken durumlarda kapının dışardan açılması engellenir.

Tıbbi mahremiyetin korunması

- Hastanın bedeni üzerinden yapılan tüm uygulamalarda (ameliyat, girişim, görüntüleme gb.) özel mahremiyet bölgesinin açılmasını gerektiren durumlarda hasta mahremiyetine saygı önemlidir.
- Tıbben bölgenin hazırlanması gereken durumlarda, olması gereken görevliler dışındakiler bu ortamda bulunmamalıdırlar. Hastayı hazırlama işlemleri esnasında (hastaya ameliyat öncesinde önlük giydirme, bone takma vb.) mahremiyet esaslarına dikkat edilmelidir.
- Kan Alma Birimi ' nde hem Tıp Etiği ve Hasta Hakları hem de Kalite kriterlerinin de bir gereği olarak paravan veya perde bulunması gerekir . Kan verme veya tansiyon ölçme işlemleri sırasında perde olmaksızın hastalardan ilgili uzuvlarını açmaları istenmemeli ve işlemler esnasında ortamda uzman kişi dışında konuyla alakasız kişiler bulundurulmamalıdır.
- Görüntüleme odası' nda hasta mahremiyetini sağlamak için soyunma odası veya perde/paravanla ayrılmış soyunma alanı olmalıdır.
- Birden fazla hastanın bulunduğu odalarda hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik (perde/ paravan) düzenleme bulundurulmalıdır.
- Yoğun Bakım Ünitesi ' nde hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik gerekli düzenlemeler (perde/paravan) bulundurulmalıdır. Yine aynı şekilde hasta transferi sırasında da hasta mahremiyetine riayet edilmelidir.
- Bebek emzirme odalarında da hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik düzenlemeler (perde / paravan) bulundurulmalıdır.
- Hastalara ve personele yönelik güvenlik önlemlerinin alınması gereken yerlerde de hasta mahremiyetine özen gösterilmelidir.

Kayıtsız bilgi mahremiyeti

- Hastanın bize vermiş olduğu tıbbi öykü ve diğer konuşmaların hasta ve hekimin izini olmayan üçüncü kişiler tarafından duyulması engellenir.
- Hastanın tıbbi bilgileri ve öyküleri başka ilgilere aktarılması durumlarında gizlik ilkesi korunarak gerekli özen gösterilir.
- Hastanemizin tüm çalışanları hastalarımıza özel olan (ilgili görevliler arasında olan bilgilendirme, hastanın anlatması, yakını ile paylaşım gb.) tesadüfen veya görevleri sırasında şahit oldukları bilgilerin orada kalmasına özen göstermek ve diğer ortamlara **taşımamak** (başka kurumlar, diğer kişiler, ortamlar) bakımından sorumludurlar.

Kayıtlı bilgi mahremiyetinin korunması

- Hasta kayıtları ve dosyalarına ilgili görevliler dışında ulaşımın engellenmesi için hekim, hemşire, tıbbi sekreterler tarafından gerekli önlemler alınır. Hasta dosyasını (basılı, yazılı) hasta görmek isterse, hekimin izni ile bir görevli refakatinde ve yerinde görmesine izin verilebilir.
- Hasta kendisine dair tıbbi ve diğer bilgilerin kendisi dışında ki kişilerle paylaşılmasını istememe hakkına sahiptir. Bu durumlarda hastane probel sistemi üzerinden işlemler gerçekleştirilir. Gerekli dosyanın ön yüzüne bilgi kısıtlaması şeklinde not yazılır ve genel onam not düşülerek imzası alınır. Elektronik ortamda yapılan kayıtlarda ekranın görülmesi engellenir. Kişisel bilgilere erişim hizmetlerimizi işletmek, geliştirmek ve iyileştirmek için onları bilmeleri gereken hastane çalışanları, yüklenicileri ve aracılarıyla sınırlı tutulur. Bu bireyler gizliliği koruma yükümlülükleri altında çalışırlar.
- Hastanemizde hasta ile ilgili bilgilerin bütünlüğü ve güvenliği kurulmuş olan bilgisayar yazılım programlarında yetkilendirilmiş girişler ile korumaya alınmıştır. Elektronik ortamdaki verilerin güvenliği sağlanmaktadır. Hasta bilgilerine yetkili olmayan kişilerin ulaşımına / kullanımına izin verilmez. Otomasyon sisteminde kayıt yapma ve bilgilere ulaşma durumları şifre uygulaması ile ilgili görevler yetkilendirilmiştir.

10.HASTALARIN GÜVENLİ TRANSFERİ

Hastanın Güvenli Transferi Prosedürü ' ne uygun olarak hareket edilir.

11.HASTA BİLGİLERİ VE KAYITLARININ SAĞLIK ÇALIŞANLARI ARASINDA GÜVENLİ BİR ŞEKİLDE DEVREDİLMESİ

Hastanemizde probel üzerinden kişilere özel şifreler ile işlemler yürütülmektedir. Ayrıca hasta tesliminde hasta dosyası ile hasta bilgileri eksiksiz olarak diğer sağlık çalışanına aktarılmaktadır.

12.BİLGİ GÜVENLİĞİNİN SAĞLANMASI

Hastanemizden hizmet almak için başvuran hastalara ve tüm kurum çalışanlarına, ait bilgilerin doğru

olarak toplanmasını, iletilmesini, depolanmasını ve kullanılmasını sağlamak birincil hedeflerimiz arasındadır.

Hasta ve çalışanlara ait bilgileri, güvenliği sağlanmış bilgisayar sisteminde ve arşivlerde uygun koşullarda muhafaza ederek bilgi güvenliği sağlanmaktadır. Bilgi Güvenliği Prosedürü doğrultusunda kurumuzda bilgi güvenliği sağlanmaktadır.

13.ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ

Sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyonlar sadece el hijyeninin doğru uygulanması ile çok büyük oranda azaltılabilmektedir.

Bu nedenle el hijyeni sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonların kontrolünde tek başına en etkili yöntemdir.

El hijyeni hem hasta hem de çalışan güvenliği açısından çok önemli olup, **El Hijyeni Talimatı** enfeksiyonların ve çapraz bulaşmaların önlenmesi amacıyla sağlık personelinin uygun el hijyeni ve eldiven kullanma endikasyonları belirlenmiştir.

El hijyeni ile ilgili enfeksiyon ve eğitim hemşirelerinin birlikte oluşturdukları programa göre hizmet içi eğitimler verilmektedir. Yatan hastalara da el hijyeni ile ilgili eğitim verilip, Hasta ve Refakatçi Eğitim Formu kayıt altına alınmaktadır.

Hastalarımızın hastanede bulundukları sürece maruz kalabilecekleri enfeksiyon riskine karşılık alınacak önlemler "Enfeksiyon Kontrol Komitesi" tarafından belirlenir.

14.LABORATUVARDA HASTA GÜVENLİĞİNİN SAĞLANMASI

Laboratuvarlar hasta güvenliğini doğrudan etkileyen öneme sahiptir. Laboratuvar sürecini preanalitik, analitik ve postanalitik olmak üzere üç evreye ayırırsak, yapılan çalışmalarda hasta güvenliğini etkileyen laboratuvar hatalarının en çok preanalitik dönemde (%70) yapıldığı görülmektedir. Bu bilgi ışığında hastanemiz laboratuvar süreçlerine göre aşağıdaki önlemleri alarak laboratuvar hatalarını en aza indirmeyi hedeflemektedir.

A) Preanalitik Evre: Laboratuvarlarımızda numunelerin doğru alınması ve doğru şekilde transferini sağlamak üzere **Numune Transfer Talimatı** ' nda dikkat edilecek hususlar belirlenmiştir. "**Laboratuvar Numune Kabul ve Red Kriterleri Talimatı"** belirlenerek uygun olmayan numunelerin laboratuvara kabulü önlenmiştir.

B) Analitik Evre: Laboratuvarda kullanılan cihazların bakım, onarım, ölçme, kalibrasyonları belli bir plan dahilinde laboratuvar sorumlu hekimimizce ve sorumlu Laboratuvar Teknikerimiz tarafından yapılmaktadır. Yine laboratuvarlarımızda çalışılan testlerin internal ve external kalite kontrolleri sorumlu laboratuvar hekimimizce ve sorumlu laborantımızca sorumluluğunda yapılmakta ve kayıtları muhafaza edilmektedir.

C) Postanalitik Evre: Laboratuvarda çalışılan parametrelerin **Laboratuvar Panik Değer Listesi** hazırlanarak, bu testlere ait düşük veya yüksek değerlerde klinisyen hekime derhal haber verilmesi sağlanmıştır. Kritik test değerleri ile ilgili işlemlerde; **Panik Değer Bildirim Formu** oluşturulmuştur. Acil olarak bildirilmesi gereken kritik test değerleri, ilgili laboratuvar bölümlerinin uzmanı veya sorumluları tarafından, hastanın adı ve soyadı, protokol numarası ve kritik değerdeki testin sonucu ile birlikte, tek nüsha halinde hazırlanan forma yazılır ve zaman geçirilmeden hastanın tabibine bildirilir. Telefon ile bildirilen testler geri okuma yöntemi kullanılır.

İLGİLİ DOKÜMANLAR:

- Hasta Kimliğinin Doğrulaması Prosedürü
- Sözlü ve Telefonla Tabip Talimatları Formu
- İlaç Uygulamalarında Kullanılmaması Gereken Kısaltmalar Listesi
- İlaç Yönetimi Talimatı
- Taburcu Sonrası Hasta Bilgilendirme Formu
- Yetişkin Hasta Tanılama Formu
- İlaç Uygulamalarında Kullanılmaması Gereken Kısaltmalar Listesi
- İlaç Yönetimi Prosedürü
- Benzer Görünüşe Okunuşa Sahip İlaçlar Listesi
- Yüksek Risk Grubu İlaçlar Listesi

- Pediatrik Dozdaki İlaçlar
- Kan Transfüzyon Onam Formu ve Kan Transfüzyon Formu
- İtaki Düşme Riski Ölçeği
- Harizmi Düşme Riski Ölçeği
- Güvenlik Raporlama Sistemi Bildirim Formu
- Anestezi Formu
- Anestezi Güvenlik Kontrol Formu
- Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi
- Laboratuvar Numune Kabul ve Red Kriterleri
- El Hijyeni Talimatı
- Hastanın Güvenli Transferi Prosedürü
- Numune Transfer Talimatı
- Laboratuvar Panik Değer Listesi
- Panik Değer Bildirim Formu