İÇİNDEKİLER

1. **Amaç ve kapsam**	**2**
2. **Sorumluluk**	**2**
3. **Tanımlar / kısaltmalar**	**2**
4. **Faaliyet akışı**	**2**
1. **Anestezi ve Reanimasyon Alt Birimleri:**	**2**
1. Anestezi Polikliniği	**2**
2. PACU Post-Operatif Bakım Ünitesi(Uyandırma Odası)	**2**
3. Anestezi ve Reanimasyon Kliniği	**2**
2. **Klinik Süreçler**	**2**
1. Hastanın Operasyon Öncesi Değerlendirilmesi;	**2**
2. Hastanın Rızasının Alınması	**3**
3. Hastanın Operasyon Odasına Kabulü	**3**
4. Hastanın Operasyon Odasının ve Ekipmanların Hazırlığı	**3**
5. Hastanın Kimliğinin Doğrulanması	**3**
6. Anestezi Uygulaması;	**3**
7. Hastanın Post Operatif Bakım Ünitesine (PABÜ) Kabulü	**4**
8. Mavi Kod Uygulamaları	**4**
3. **Genel Çalışma İlkeleri**	**4**
4. **Mesai Saatlerine Uyum**	**4**
5. **Günlük Çalışma Düzeni**	**4**

6. **Nöbetlerin Düzenlenmesi**	**4**
7. **Yıllık İzinlerin Düzenlenmesi**	**4**
8. **İdari İşlemler**	**4**
9. **Kalite Yönetim Çalışmaları**	**5**
10. **Hasta ve Çalışan Güvenliği**	**5**
11. **Tesis Güvenliği**	**5**
12. **Malzemelerin Temin Edilmesi**	**5**
13. **Tıbbi Cihaz Bakım, Onarım ve Kalibrasyonları**	**6**
14. **Atık Yönetimi**	**6**
15. **İstatistik İşlemleri**	**6**
5. **İlgili dökümanlar**	**6**

1. AMAÇ VE KAPSAM:

..... Hastanesi Anestezi ve Reanimasyon Kliniği'nde çalışma sistemini ve hasta hizmet süreci ile ilgili tüm faaliyetlerin ve sonuçlarının, Kalite Yönetim Sistemine uygunluğunu sağlamak ve sürdürmektir.

2. SORUMLULUK:

Hastane Yöneticisi/Başhekim, İlgili Başhekim Yardımcısı, İdari ve Mali Işler Müdürü, İdari ve Mali İşler Müdür Yardımcısı, Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü, Anestezi Sorumlu Hekimi, Yoğun Bakım Sorumlu Hemşiresi, Yoğun Bakım Hekimi, Yoğun Bakım Hemşireleri ve Anestezi Teknisyenleri.

3. TANIMLAR / KISALTMALAR:

YBÜ: Yoğun Bakım Ünitesi

4. FAALİYET AKIŞI:

Anestezi Uzmanı tarafından operasyon öncesi hastalar anestezi uygunluğu açısından değerlendirilmektedir. İlgili işleyiş süreci *Klinik Süreçler* bölümünde aktarılmıştır.

4.1.2. PACU(Post-Operatif Bakım Ünitesi): Operasyon sonrası hastanın en fazla 1 saat boyunca gözlendiği ünitedir.

4.2. Klinik Süreçler:

1. **Hastanın Operasyon Öncesi Değerlendirilmesi**;

Operasyonu planlanan yatan hastalar için cerrahi ekip tarafından, anestezi alabilir onayı alınmak üzere anestezi uzmanından konsültasyon istenir. Ayaktan hastalar Anestezi Uzmanı tarafındanAnestezi Uzman Odası' nda, yatan ve/veya in-mobil hastalar ise yattıkları yerde anestezi hekimi tarafından konsülte edilirler.

Ameliyat gününün bir gün öncesinde ya da ameliyat gününde, konsültasyon sırasında ***Konsültasyon Formu*** ile hastanın anemnezi alınır, kan, idrar radyoloji tetkikleri ve EKG değerlendirilir, sistemik muayenesi yapılır. Hastanın sistemik rahatsızlığı mevcut ise, muayenede patolojik bir semptom var ise gerekli kliniklerden konsültasyonlar istenir. Hastanın anestezi risk değerlendirmesi yapılır, yapılacak anestezi tekniği planlanır ve hastaya ayrıntılı bilgi verilir**.** ***Anestezi Aydınlatılmış Onam Formu*** hastaya verilir ve okuması sağlanır. Daha sonar hekim tarafından sözlü olarak hastaya bilgi verilip soruları yanıtlandıktan sonra imzalı onamı alınır. Konsültasyonları tamamlanan hastalara anestezi alabileceğini onaylayan hekim kaşesi, değerlendiren anestezi hekimi tarafından basılır. Anestezi onayı alan hastanın ameliyat günü cerrahi ekip tarafından belirlenir.

4.2.2.Hastanın Rızasının Alınması; Yatan hastaların genel rızasının alınması için hasta /hasta yakını

bilgilendirilerek ***Anestezi Aydınlatılmış Onam Formu*** doldurulur.

Hastanın uygulanacak tedavi/girişimsel işlemlerle ilgili özel olarak bilgilendirilmesi, rızasının alınması amacıyla işleme/tedaviye özgü hazırlanmış onam formları kullanılır.

4.2.3.Hastanın Operasyon Odasına Kabulü;

Operasyon sabahı klinikten ameliyathaneye getirilen hastaların ameliyathane girişinde ameliyathane sorumlu hemşiresinin yönetiminde hazırlığı yapılıp ***Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Formu*** nun uygun şekilde doldurulduğu kontrol edildikten sonra uygun mavi elbise, bone ve galoş eşliğinde sedye ile opere olacağı operasyon odasına alınır. ***Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Formu*** eksik doldurulan hastalar operasyona kabul edilmez ve kliniğine sevk edilir.

4.2.4.Hastanın Operasyon Odasının ve Ekipmanların Hazırlığı;

Her sabah 08.00 itibari ile, hastalar operasyon odasına kabul edilmeden önce anestezi teknisyeni ve uzman hekim tarafından;

- Merkezi oksijen, azot ve varsa hava bağlantılarının doğruluğu,
- Sistemdeki oksijen basıncı yeterliliği,
- Anestezi cihazının kalibrasyonu,
- Hasta monitör bağlantılarının takılı ve çalışır durumda olduğu,
- Ventilatör ve monitörlerin şarjlarının olup olmadığı,
- Kan ısıtıcısının çalışır durumda olduğu,
- Perfüzörün çalışır durumda olduğu,
- Acil çantasındaki ilaç ve malzemeler,
- Aspiratör çalışır durumda olduğu ve aspiratör sondasının takılı olup olmadığı,
- Laringoskopun ışığı ve uygun bleytlerin mevcudiyeti,
- Balon-maske-valf sisteminin çalışır durumda olduğu,
- Uygun numara endotrakeal tüp ve airwaylerin mevcudiyetinin kontrolleri yapılır ve ayrıca ***Konsültasyon Formu*** *ve* ***Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Formu*** doldurulur.

4.2.5.Hastanın Kimliğinin Doğrulanması;

Operasyon masasına getirilen hastanın el bileğindeki kimlik bilgileri ile dosya bilgileri karşılaştırılır, hastaya da sözlü olarak kimlik bilgilerini onaylayan sorular sorulur, hasta onam formu kontrol edilir. Hastanın dosyasında yer alan ***Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Formu*** aracılığı ile, cerrahi yeri onaylama, mallampati değerlendirmesi, anestezi için gerekli güvenlik kontrollerinin yapıldığını belirten belgeler anestezi uzman hekimi tarafından doldurulur ve imzalanır.

4.2.6.Anestezi Uygulaması;

Operasyon masasına kabul edilen hastaya uygulanacak anestezi tekniği ile ilgili ilaç ve malzemeler hasta etiketinin yapıştırıldığı ***İlaç ve Sarf Malzeme Formu'na*** işaretlenir, depoya gidilerek temin edilir. Kırmızı ve yeşil reçeteye tabi ilaçlar sadece hastanın anestezi hekimi tarafından probel üzerinden istemi yapılarak temin edilir. Gerekli ilaç ve malzemeler kullanılabilecek şekilde hazırlanır, enjektöre çekilen tüm ilaçların üzerine; ismi, miktarı ve çekildiği tarih yazılır.

Operasyon masasına alınan hasta monitörize edildikten (Elektrokardiyografi, Noninvaziv Arteriyel Kan Basıncı, Pulse Oksimetre, Kalp atım sayısı, Isı) sonra damar yolu açılır ve serum fizyolojik ile sıvı tedavisine başlanır.

Hastaya genel anestezi uygulanacak ise; oksijen tedavisi ile birlikte damar yolundan anestezi uzmanının ön gördüğü anestezik ilaçlar hastaya uygulanır ve kas gevşemesi sağlandıktan sonra hasta entübe edilir. Entübasyon tüpünün yeri onaylandıktan sonra tesbit edilir ve hasta ventilatöre bağlanarak ventilatör ayarları yapıldıktan sonra cerrahi ekibe teslim edilir.

Hastaya rejyonel anestezi uygulanacak ise; hastaya gerekli pozisyon verildikten sonra anestezi doktoru steril olarak gerekli antiseptik şartları sağladıktan sonra invaziv girişimini gerçekleştirir. Operasyon süresince gerekli ise invaziv arteriyel kan basıncı, santral venöz kan basıncı, nazogastrik sonda, idrar sondası monitörizasyonu yapılır.

Operasyon süresince anestezi hekimi gözetiminde anestezi teknisyeni ile hasta ameliyat boyunca hemodinamik açıdan takip edilir, gerekli anestezik ilaçlar ve sıvı ihtiyacı idamesi gerçekleştirilir.

Operasyon sırasında;

- Varsa kanama miktarı,
- Tansiyon, kalp atım hızı, pulsoksimetre ve entidal CO_2 değerleri sürekli olarak izlenir ve 5 dakikada bir ***Anestezi Formu*** 'na kaydedilir.
- Saatlik santral venöz kan basıncı,
- İdrar miktarı
- Uygulanan tüm ilaçlar, sıvılar kan ve kan ürünleri
- Operasyonda yapılan cerrahi uygulamalar ***Anestezi Formu***'na kaydedilir.

Operasyon sonunda hasta ekstübe edilecek ise anestezik gazlar kapatılır, gerekli ilaç uygulamaları ile hasta uyandırılır. Hasta uyandıktan sonra ekstübe edilir, bir süre oksijenize edilir. Komutları yerine getirebilen (gözünü aç, ağzını aç, başını kaldır, elimi sık vb). hasta personel yardımı ile birlikte sedyeye alınır ve anestezi hekimi ya da teknisyeni eşliğinde *Postoperatif Bakım Ünitesine(Uyandırma Odasına)* transportu sağlanır.

4.2.7.Hastanın Post Operatif Bakım Ünitesine (PABÜ) Kabulü;

PABÜ ye anestezi teknisyeni eşliğinde getirilen ve devredilen hasta Post-Operatif Bakım Ünitesi İşleyiş Talimatı'na göre takip edilir.

4.2.8.Mavi Kod Uygulaması;

Acil Çağrı Cihazı mesai saatleri içerisinde Anestezi uzman hekimi, icapçı Anestezi Teknisyeni, Nöbetçi ATT ve Güvenlik Görevlisi sorumluluğundadır. Bu cihaz çağrıyı veren kliniklerce kardiyopulmoner arrest bildirimi amacı ile kullanılmaktadır. Mavi Kod çağrısını alan hekim ve teknisyen çağrıyı alır almaz Mavi Kod çağrısının verildiği bölgeye en kısa sürede ulaşır ve ulaşır ulaşmaz resüsütasyonu yönetir. Resüsitasyon için gerekli olan defibrilator, tüm ilaç ve malzemeler acil arabası veya çantasında, gidilen klinikte hazır olarak bulundurulur. Klinikte görevli hekim ve hemşire ekip gelene kadar mavi kod' u uygular. Resüsitasyon başarı ile tamamlanır ise hastanın yoğun bakım şartlarında tedavisine devam edilir. Resüsistasyon sonrası resüstasyonu gerçekleştiren anestezi hekimi tarafından ***Mavi Kod Olay Bildirim Formu*** doldurulur.

4.3. Genel Çalışma İlkeleri:

Eğitim ve idari sorumlusunun başkanlığında eğitim görevlileri, uzman hekim, sorumlu teknisyenle birlikte işlerin aksamadan yürümesini takip eder. Aksaklık durumunda bunu giderecek önlemlerin alınmasını sağlar.

4.4. Mesai Saatlerine Uyum:

Tüm uzman hekimler mesai saatlerine uygun olarak çalışır, özel kartları ile hastane giriş ve çıkışları otomatik olarak hastane sistemine kaydedilir.

4.5. Günlük Çalışma Düzeni:

Aylık çalışma programına göre görev yerleri belirlenen ve teknisyenler görevli oldukları cihazların günlük bakım, kalibrasyon ve kontrol işlemlerini saat en geç 08.15'de tamamlarlar. Gün boyu görevlendirildikleri yerlerde çalışırlar.

4.7. Nöbetlerin Düzenlenmesi:

Ameliyathane' de aylık nöbet listeleri birim sorumlusu teknisyen tarafından düzenlenir. Sorumlu hekim tarafından teknisyen nöbet listeleri kontrol edilerek S.B.H.M. tarafından onaylanır. Sorumlu hemşire tarafından hemşirelerin nöbet listeleri yapılarak S.B.H.M. tarafından onaylanır. Başhekimlik tarafından onaylanan tüm listeler üniteye ve ilgili personellerinin odalarındaki panolara asılır. Nöbet, izin ve istirahat durumları için sorumlular ve yedekleri belirlenmiştir.

Nöbet teslimleri ***Nöbet Teslim Defteri***' ne kayıt alınarak, önce deskte, daha sonra hasta başında yapılır.

4.8. Yıllık İzinlerin Düzenlenmesi:

Tüm teknisyenler ve uzman hekim ameliyathaneye uygun olduğu şekilde idari sorumlu izni ile yıllık izinlerini yıl içinde uygun zamanda kullanabilirler.

4.9. İdari İşlemler:

Anestezi Bölümü ile hastane idari yapısı arasındaki koordinasyonu Başhekim Yardımcısı yapar. İdari Sorumlu Hekim, çalışanların yönetimi, malzeme yönetimi vb. konularda Başhekimlik ve İdari ve Mali İşler Müdürlüğü ile sürekli iletişim kurar ve hizmet sunumlarının kesintisiz sürmesini sağlar.

Yazışmalar ve Arşivleme işlemleri ***Resmi Yazışmalarda Uyulması Gereken Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik*** ile ***Sağlık Bakanlığı Standart Dosya Planı*** doğrultusunda yapılır. Tüm yazılı evraklar ve hasta kayıtları ve ***Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Kayıtların Kontrolü Prosedürü*** 'ne göre arşivlenir.

4.10. Kalite Yönetim Çalışmaları:

Kalite Yönetim Sistemi çalışmaları, Sorumlu Hekiminin sorumluluğunda, bölüm kalite sorumluları tarafından yürütülür. Görevlendirilen personeller Kalite Yönetim Sistemi toplantılarına ve çalışmalarına aktif olarak katılır. Bölüm kalite sorumlusu ***Bölüm Kalite Sorumluları Görev Tanımı*** doğrultusunda görev yapar. Kalite ile ilgili yapılan veya yapılacak olan uygulamalar ile ilgili olarak Sorumlu Hekimini ve tüm çalışanları bilgilendirir. Kalite Yönetim Birimi ile ilgili klinik arasında koordinasyonu sağlar. Görevli tüm personel çalışmaların yapılmasından ve uygulanmasından sorumludur. Ameliyathanede çalışan personeller, karşılaşılan sorunlar ve çözüm önerileri için problem çözme grubu oluşturulmasını isteyebilir ve Kalite Yönetim Birimi çalışanları ile birlikte bu çalışmalara aktif olarak katılırlar.

4.11. Hasta ve Çalışan Güvenliği:

- ***Hasta Güvenliği Prosedürü*** esas alınır.
- ***Çalışan Güvenliği Prosedürü*** esas alınır.
- ***İsmi ve Söylenişi Benzer İlaç Listesi*** göz önünde bulundurulur.
- ***Yüksek Riskli İlaçlar Listesi*** dikkate alınır. Bu ilaçlar üzerine eczane tarafından kırmızı uyarı etiketi yapıştırılır.
- Yazılışı, okunuşu, ambalajı birbirine benzeyen ilaçların yerleşimi ayrı raflarda bulundurulur.
- Hastaların düşmesini önlemek için ***Hasta Düşmelerinin Önlenmesi Talimatı*** uygulanır. Hasta yatakları en düşük seviyede tutulur. Yatak kilitleri kapalı tutulur. Hasta yatakları, sedyeleri ve diğer hasta taşıma araçlarında, düşmelere engel olacak korkuluk kullanılır.
- Hareket kısıtlaması uygulaması gereken hastanın hareket kısıtlama orderı otomasyon sistemi üzerinden veya hasta dosyasında kontrol aralıkları belirlenerek verilir.İlgili serviste Hasta Hareketleri Kısıtlama Formu' na kaydedilir.
- Sözel order alınmasının zorunlu olduğu durumlarda ***Sözlü ve Telefonla İlaç Order Uygulama Talimatı*** esas alınarak ***Sözlü ve Telefonla Hekim Talimatları Formu*** 'na kayıt alınır.
- Advers etki bildirimleri için ***Advers Etki Bildirim Talimatı*** esas alınmaktadır.
- Transferi gerektiğinde***Hastanın Güvenli Transferi Prosedürü****'ne* göre hasta transfer personeli tarafından ilgili birime nakli gerçekleştirilir.
- Olası bir elektrik kesintisinde yoğun bakımdaki ve ameliyathanedeki tüm cihazların bağlandığı prizlerde enerji ihtiyacını karşılamak üzere UPS devreye girer ve jeneratör devreye girinceye kadar kesintisiz elektrik enerjisini temin eder.
- Kesici ve delici alet yaralanmalarını önlemek için ***Enfeksiyon Kontrol Komitesi Enfeksiyon Kontrol Önlemleri Rehberi*** 'nde belirtilen hususlara uyulur.
- Ameliyathane çalışanları sağlık taramaları hastanemiz Çalışan Güvenliği Komitesi tarafından risk analiz tablosu ve sağlık tarama planına göre yürütülür. ***Sağlık Tarama Planı'na*** uygun takipleri yapılır.
- Kişisel koruyucu ekipman (nem bariyerli elbise, eldiven, yüz maskesi) ***Kişisel Koruyucu Ekipman ve***

Kullanım Alanları Talimatı 'na göre tüm Ameliyathane çalışanlarının ulaşabileceği şekilde hazır bulundurulur.

4.12. Tesis Güvenliği:

Elektrik Güvenliği: Olası bir elektrik kesintisinde ameliyathanedeki tüm cihazların bağlandığı prizlerde enerji ihtiyacını karşılamak üzere UPS devreye girer ve jeneratör devreye girinceye kadar kesintisiz elektrik enerjisini temin eder.

Yangın güvenliği: Hastanemizde düzenli aralıklarla yangın tatbikatı yapılmaktadır. Yangın durumunda acil çıkış kapıları belirlenmiş ve tavana yeşil renkte yönlendirme levhaları yapılmıştır. Yangın durumunda yapılması gerekenler ***Hastane Afet Planı*** nda detaylı olarak açıklanmıştır.

Teknik Donanım: Ameliyathane' de teknik donanımı oluşturan malzemelerle ilgili tüm bakım, onarım ve kalibrasyonları İdari ve Mali Hizmetler Müdürlüğü'nce yaptırılır.

4.13. Malzemelerin Temin Edilmesi:

- Kullanılan tıbbi sarf malzeme istemi probel üzerinden yapılır.Kırtasiye malzemesi ve temizlik malzemesi istem belgesi doldurularak sorumlu teknisyen tarafından talep edilir.
- Malzemeler personel tarafından servise getirilir.
- Hastanede olmayan ilaç ve malzemenin temini ilgili depo tarafından gerçekleştirilir.
- Kullanılan malzemelerin anestezi teknisyeni tarafından hastane probel sistemi üzerinden kodlaması yapılır.
- Talep bildirimleri haftalık olarak probel üzerinden yapılmakta, yıllık bildirimleri ise eczacı tarafından servislerden alınmaktadır.

4.14. Tıbbi Cihaz Bakım, Onarım ve Kalibrasyonları:

- Klinikte kullanılan tüm cihazlara yömelik cihaz envanteri listesi bulunmaktadır.
- Tıbbi gaz sistemleri ve tüm anestezi cihazlarının çalışır durumda olduğu ve temizliği ilgili kontroller ameliyat öncesi ekip tarafından kontrol edilir.
- Teknik donanımı oluşturan tüm cihazların periyodik bakım ve kalibrasyonları genel sekreterlik ve doğrudan tarafından yapılır, hizmet alımı yoluyla yaptırılır.
- ***Cihazların Kalibrasyon Planı*** İdari ve Mali İşler müd. tarafından yapılmakta ve takip edilmektedir.
- ***Tıbbi Cihaz Onarım-Bakım ve Kalibrasyon Formu*** doldurulur.

- Cihazların üzerinde kalibrasyon tarihleri ve numaraları yer alan etiketler bulunur. Cihazı kullanan personel, cihazların bakım ve kalibrasyon işlemleri ile varsa sapma aralığı hakkında bilgi sahibidir.
- Makine, cihaz, elektrik, su tesisatı gibi tüm arızalar teknisyenler tarafından hastane bilgi yönetim sistemi üzerinden ilgili birime bildirilir.

4.15. Atık Yönetimi:

Atıklar; tıbbi atıklar, evsel nitelikli atıklar, cam atıklar, kesici-delici atıklar, kağıt atıklar şeklinde gruplandırılır. Her bir gruptaki atık ayrı olarak toplanır ve ayrı taşıyıcılarda taşınır. ***Atık Yönetimi Prosedürü*** uygulanır.

4.16. İstatistik İşlemleri:

İstatistik verilerinin yer aldığı tüm formlar ilgili sağlık personeli tarafından doldurularak istatistik birimine teslim edilir.

5. **İLGİLİ DÖKÜMANLAR:**

- Anestezi Aydınlatılmış Onam Formu
- Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi
- Konsültasyon Formu
- Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Formu
- İlaç ve Sarf Malzeme Listesi Formu
- Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Kayıtların Kontrolü Prosedürü
- Bölüm Kalite Sorumlusu Görev Tanımı
- Mavi Kod Olay Bildirim Formu

- Hasta Güvenliği Prosedürü
- Çalışan Güvenliği Prosedürü
- İsmi ve Söylenişi Benzer İlaç Listesi
- Yüksek Riskli İlaçlar Listesi

- Hasta Düşmelerinin Önlenmesi Talimatı

- Anestezi Takip Formu

- Sözlü ve Telefonla İlaç Order Uygulama Talimatı
- Sözlü ve Telefonla Hekim Talimatları Formu
- Advers Etki Bildirim Talimatı
- Hasta Taşıma ve Sedye Kullanma Talimatı
- Enfeksiyon Kontrol Komitesi Enfeksiyon Kontrol Önlemleri Rehberi

- Sağlık Tarama Planı
- Kişisel Koruyucu Ekipman Kullanım Alanları ve Kullanma Talimatı
- İlaç ve Sarf Malzeme Talep Formu
- Tıbbi Cihaz Envanter Listesi
- Cihazların Kalibrasyon Planı
- Tıbbi Cihaz Onarım-Bakım ve Kalibrasyon Formu
- Atık Yönetimi Prosedürü