1. AMAÇ:
Hastanemizden hizmet alan tüm hastaların, hasta bakım sürecinin her aşamasında hasta güvenliğini ve memnuniyetini sağlayacak şekilde ve bilimsel kurallar çerçevesinde aynı standartta bakım hizmeti almalarını sağlamaktır. Hasta bakımına ilişkin süreçleri her hasta grubuna ayrı olacak şekilde ve bütüncül bir yaklaşımla hizmet vermek adına bu prosedür oluşturulmuştur. Hastanemizde ayaktan muayene olan hastalar, acil servise müracaat eden hastalar ve kliniklerinde (Dâhili ve Cerrahi Klinikler) uygulama yapılmak üzere başvuran hastaların hastane ortamına en kısa sürede uyumunun sağlanıp, tanı, tedavi ve bakım işlemleri ile ilgili esasların belirlenerek yapılacak hizmetler için yöntem belirlenmesidir.

2. KAPSAM:
Hasta bakım prosedürü; her bir hastaya bakımın planlanması ve sunulmasını, bakımın sonuçlarının anlaşılabilmesi için hastanın izlenmesini, gerektiğinde bakımda değişiklikler yapılmasını, bakımın tamamlanmasını ve takibin planlanmasını içermektedir.

3. KISALTMALAR:
HBYS: Hastane Bilgi Yönetim Sistemi

TKHK: Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu

4. TANIMLAR:
Vital Bulgular: Hastanın ateş, nabız, tansiyon gibi hayati değerleri.

Konsültasyon: Hastanın uzman branşta başka bir hekime değerlendirilmesi

5. SORUMLULAR:
Hasta bakımında görev alan tüm çalışanlar, Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü, İdari ve Mali İşler Müdürü

6. FAALİYET AKIŞI:

Ayaktan Hasta Bakımı Temel İlkeleri:

Acil Servisten yönlendirilen hastalar;
Kurumumuz Acil Servisi'ne müracaat eden fakat durumu aciliyet göstermediği hekim tarafından tespit edilen hastalar ilgili polikliniklere yönlendirilir. Polikliniklerimiz Randevu Sistemi ile çalıştığından ilgili poliklinik hekiminin randevu sayıları tamamlanmamış ise Hasta Kayıt Biriminden hastaya numara verilir ve ilgili polikliniğe yönlendirilir. Randevu listeleri dolu ise hasta randevu alarak gelmesi konusunda bilgilendirilir.

Poliklinik girişinden başvuran hastalar;
Hastanemiz Polikliniklerı randevu sistemi (MHRS) ile çalışılmaktadır. Hastaların hekim seçme hakkı vardır. Hastanın direkt olarak polikliniğe başvurduğu durumlarda, tıbbi risk taşıyan hastalar direkt Acil Servis'e yönlendirilirler. Yürüme zorluğu çeken veya destek ihtiyacı gözlenen hastaların karşılama
yönlendirme hastane personeli tarafından tekerlekli sandalye ile ilgili birime ulaştırılmaları sağlanır. Randevu almadan başvuran hastalar, hasta kayıt birimince, randevu listeleri dolu olmayan branşlara, randevu almak için hasta yönlendirilir.
Randevulu Gelen Hastalar;
Hastanemiz Polikliniklerinde Randevu Sistemi uygulanmaktadır. Bu sistemler:
* Telefon ile randevu; MHRS telefon 182 hattı üzerinden canlı operatör desteği ile istenen branş ve hekime göre randevu alınabilir.
* İnternetten randevu; Hastanemiz web sayfası üzerinden de mhrs linkine tıklayarak randevu almak mümkündür. Hastalar, randevu sıra ve saatine göre hekim tarafından ilgili polikliniğe kabul edilir. Hastaların tüm işlemleri ilgili poliklinikte görev yapan Veri Giriş Elemanları tarafından yapılarak tetkik gerekiyorsa ilgili birimlere yönlendirilir.
Poliklinik İşleyişi:
- Poliklinik çalışma saatleri 09.00 – 12.00 ile 13.00 – 16.00 arasındadır. 08.00 – 09.00 ile 16.00 – 17.00 saatleri hekimlerimizin yataklı servis ve yoğun bakım ünitelerinde vizite saatleridir.
- Hastalarımızın hekim seçme hakları mevcuttur. MHRS randevusu alırken veya hasta kayıt biriminde bu isteklerini belirtebilirler.
- Hastanemizde öncelikli hasta gruplarımız vardır. Bunlar; acil vakalar, engelliler, hamileler, 65 yaş üstü yaşlılar, yedi yaşından küçük çocuklar ve Harp ve vazife şehitlerinin dul ve yetimleri ile malül ve gaziler. Öncelikli hasta gruplarımız, ayaktan hizmet alan tüm alanlarda geçerlidir. Poliklinikler, EKG, SFT,

Görüntüleme, Kan Alma Birimi gibi...
- Hastanemizde rumuz uygulaması vardır. Poliklinik ekranından isminin görünmesini istemeyen hastalarımız, hasta kayıt biriminde rumuz kullanmak istediklerini belirtir ve böylece ekrandan rumuz ismi ile çağrılır. Bu hastalar için ayrıca e-nabız uygulamasına paralel olarak gizlilik istekleri yürütülür. Yani e-nabızdan rumuz veya gizlilik talebi yapılmışsa otomatik olarak isimler gizlenir.
- Hasta Güvenliği açısından, her işlem ve görüşme öncesi kimlik doğrulama yapılması hasta ve çalışanlarımız için önemlidir.
-Hastanemize ilk defa muayeneye gelen hastaların, Hasta Kayıt Birimin deki işlemleri aşağıda anlatıldığı gibi yapılmaktadır;
*Nüfus cüzdanları ile (TC kimlik no) yapılır.
*Yurt dışı sigortalı ise: Sigorta müdürlüğünden alınmış kurumumuzdan sevk kağıdı, nüfus cüzdanı,
*Ücretli ise: Hasta Ücretli ise Hasta Kayıt Birimi'ne yönlendirilerek Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan Bütçe Uygulama Talimatında belirlenen ücret makbuz karşılığı alınır. Bu makbuz ile ilgili polikliniğe yönlendirilen hasta, tetkik gerektiği durumda veri giriş elemanları ile yine tetkik ücretini ödemek üzere
Hasta Kayıta yönlendirilir. Hasta her tetkik öncesi ücretini yatırmak zorundadır. Evrakları kontrol edilen hastalar, provizyon alınarak kayıtları yapılır.
- Doktorun numaratörden çağrısı üzerine sırası gelen hasta muayene odasına girer. İlgili Hekim tarafından muayenesi yapılır. Muayene bulguları ve tanısı konulan hastaların tetkik, teşhis v.b. bilgileri hekim veya veri giriş elemanları tarafından HBYS' ne kaydedilir.
- Tetkiki gereken hastalar gerekli birimlere (Kan Alma, Röntgen vb.) yönlendirilir. İleri tetkik gereken hastalara hastanemizde yapılamayan tetkikler için İleri Tetkik İşlemleri Sevk Formu doldurulur.
- Tanısı konulan hastaların reçeteleri (e-reçete) yazılır. Doktor tarafından imzalanır. Muayene sonucu çalışamayacakları tespit edilen hastalara poliklinik Hekimi tarafından istirahat yazılır ve gerekiyorsa kontrole çağırılır. İş kazası geçirdiğini bildiren sigortalı hastaların vizite kâğıtlarındaki iş kazası tutanağının doldurulup doldurulmadığı kontrol edilir. Eksik olanlar tamamlanmak üzere geri gönderilir. Veri Giriş Elemanları tarafından evrakların üzeri doldurulur. Tetkikler için ilgili birimlere (kan alma, materyal alım, röntgen gibi) gönderilir. Muayene edilen hastalardan yatmasına karar verilen Hasta Yatış Kâğıdı ve Aydınlatılmış Onam Formu doldurularak servise yönlendirilir. Poliklinikler arası konsültasyon gerektiğinde ilgili branş konsültasyon bölümü seçilerek hasta yönlendirilir.

Kısaca özetlemek gerekirse;

1. Ayaktan hasta bakımı, ilgili ayaktan birimlerde çalışan tıbbi sekreterler, bilgi işlem çalışanları, karşılama ve yönlendirme elemanları, hemşireler ve doktorlar tarafından yürütülür.
2. Hastanın kabulü ve oryantasyonunda mahremiyet ilkelerine dikkat edilir.
3. Ayaktan hastalarda tüm işlemler için hasta T.C kimlik numarası kullanılarak kimlik doğrulaması yapılır. Hastanın adı soyadı ve doğum tarihi sorgulanır.
4. Hastanın ayaktan bakım alacağı birime yönlendirilmesi Karşılama ve Yönlendirme elemanları tarafından yapılır. Hastanın yönlendirildiği birimde, ayaktan bakım aldığı duruma göre özellikli hastalık veya diğer durumların değerlendirilmesi ilgili sağlık çalışanları tarafından yapılır(aktivite, travma, yara, bakımı engelleyen unsurlar vb).
   Bakım sürecinden sorumlu olan çalışan hastanın sorularını cevaplar ve endişelerini azaltır.
5. Hastaya verilecek hizmete göre hastanın sözlü veya yazılı onamı alınır. Ayaktan hizmet verilen hasta ile işbirliği içinde uygulamalar yapılır. Yapılan bakım faaliyetlerinin HBYS üzerine veya varsa birime özel kullanılan dokümanlara kaydı yapılır. Verilen ayaktan hizmetin sonucunun ne zaman alınacağı, varsa kontrol zamanı, ilaç kullanımı ve bakıma ilişkin dikkat edilecek noktalar hakkında hastaya bilgi verilir.

6.2. Yatan Hasta Bakımı Temel İlkeleri:

1. Hasta ve yakınlarının servise uyumunun sağlanması bakımından sorumlu hemşireler, hekim ve klinikte çalışan tıbbi sekreterler ya da bilgi işlem personelleri tarafından sağlanmalıdır.
2. Tüm süreçlerde mahremiyet ilkelerine göre hareket edilir. Hastanın beraberinde getirdiği kıymetli eşyalar teslim alınarak **Hasta Eşyaları Teslim Formu' na** kayıt edilir .Hastanın beraberinde getirdiği ilaçlar ise teslim alınarak miad ve miktar durumları ile birlikte **Hastanın Beraberinde Getirdiği İlaçları Teslim Alma Formu** 'na kaydedilir.
3. Hastanın bölüme kabulünde değerlendirmesi hekim ve hemşireler tarafından yapılır. Hastaya yatış veren hekim tarafından **Hastane Giriş Kağıdı** doldurularak imzalanıp kaşelenir. Hastanın yatışı verildikten sonra kendi hekimi tarafından ilk 24 saat içerisinde; **Günlük Müşahede ve Muayene Kağıdı** doldurulur, Günlük Gözlem ise hekim tarafından hastanın klinik tablosuna göre her gün doldurulur, kaşelenir ve imzalanır. Hastanın hekimi tarafından tedavi planı günlük olarak yazılarak imzalanıp kaşelenir. Tedavi planı; ilacın tam adını, uygulama zamanını, dozunu, uygulama şeklini ve gerekli durumlarda veriliş süresini içerir.
4. Tedavi planında yapılacak kısaltmalar **İlaç Uygulamalarında Kullanılmaması Gereken Kısaltmalar Listesi**

doğrultusunda etkin bir şekilde uygulanır.

5. Hastanın beslenme şekli hekim tarafından belirlenir ve hasta tabelasına kayıt edilir.
   Hastanın hekimi tarafından sürdürülen tedavisinin yanında diğer branşlardan konsültasyon istenmesine karar verilirse **Konsültasyon İşlemleri İşleyiş Prosedürü** 'ne göre hareket edilir. Hastanın değerlendirilmesi konsültasyon istenen hekim tarafından hasta yatağında yapılır ve konsültasyon sonucu otomasyon üzerine kaydedilir.
   Konsültasyon değerlendirmesi sonucuna göre hastanın kendi hekimi tarafından tedavisi yeniden planlanır ve **Hasta Tabelası Formu '** na kayıt edilir
6. Servis hemşireleri tarafından hastanın kabulünün yapılması ile **Yetişkin Hasta Tanılama Formu** doldurularak beraberinde bölüme özgü risk değerlendirmesi(nütrisyonel risk değerlendirmesi, bası yarası risk değerlendirmesi, düşme riski değerlendirmesi vb) yapılır. Form hemşire ve hasta/hasta yakını tarafından imzalanır ve belirlenen riskler doğrultusunda hemşire tarafından bakım planlanır
7. Planlanan bakım hastaya hemşire tarafından uygulanır ve yapılan uygulamaların değerlendirmesi yapılır. Yapılan değerlendirme sonucuna göre ihtiyaç duyulursa hemşire tarafından yeniden bakım planlanır.
   Hastaya uygulanan bakımla ilgili tüm bilgiler ve değerlendirme sonuçları hemşire tarafından **Hemşirelik Hizmetleri Bakım Planı**'na kayıt edilir
8. Değerlendirme sonrasında hemşire tarafından gerçekleştirilen bakım, takip ve tedavi kayıtlarının tamamı, hekim tarafından order edilen ve hemşire tarafından uygulanan tedavi planı; uygulanış yolu, dozu, zamanı ile birlikte **Hemşire Gözlem Formu**' na kayıt edilir.
9. Hastaya ve hasta yakınlarına yapılacak girişimler öncesinde hekim ve hemşireler tarafından bilgilendirme yapılır, sözlü onamı alınarak bilgilendirilmiş onam formu imzalatılır. Yatışı verilen her hastaya ve hasta yakınlarına tedaviyi reddetme veya sonlandırma hakları, kararlarının doğurabileceği sonuçlar ve sorumluluklar hakkında bilgilendirme yapılır ve bu bilgilendirmeler **Ayrıntılı Teşhis ve Tedavi İşlemleri Hasta Bilgilendirme ve Onam Formu** ile hasta/hasta yakını, hemşire ve hekim tarafından imzalanarak kayıt altına alınır.
10. Hasta transferleri **Hastanın Güvenli Transferi Talimatı** doğrultusunda gerçekleştirilir.
    Yatan hastaların eğitim ihtiyacı belirlenerek ilgili sağlık personeli tarafından eğitim planlanır ve uygulanır. Hastalara verilen eğitimler **Hasta ve Refakatçi Eğitim Formu** ' na işlenir.
11. Hekim tarafından taburculuğuna karar verilen hastanın dosyası, hastaya ait tüm bilgi ve belgeler hemşire ve servis sekreteri tarafından arşiv dosyasına konur.
12. Hastaya ilgili hekim ve hemşiresi tarafından taburculuk eğitimi verilir ve **Taburcu Sonrası Hasta Bilgilendirme Formu** doldurularak bir nüshası hastaya/hasta yakınına teslim edilir.
13. Hekim tarafından doldurulan **Epikriz** imzalı bir nüshası hastaya/hasta yakınına verilir.
    Hastanın hazırlanmasına yardımcı olunarak teslim alınan değerli eşyalar, ilaçlar, reçete bilgileri hastaya teslim edilir. tedavi ve kontrol sürecine ilişkin hasta ve hasta yakınları bilgilendirilir.
14. Hastanın ölmesi halinde hemşire tarafından hastanın hekimi aranarak bilgilendirilmeli ve hasta bağlı olduğu cihazlardan ayrılır. IV katater, NG, foley katater gibi sarf malzemeler çıkarılır. Hastanın giysileri ve varsa değerli eşyaları hasta yakınlarına **Ex Hasta Eşya Teslim Formu** doldurularak teslim edilir. Hasta mahremiyet ilkelerine dikkat edilerek ve **Yaşam Sonu Hizmet Prosedürü** 'ne uygun olacak şekilde morga alma işlemleri yapılır.

6.3. Cerrahi Hasta Bakımı Temel İlkeleri

Ameliyat Öncesi Bakım İlkeleri:

1. Acil ameliyatlarda hekim kararı doğrultusunda hasta kliniğe yatırılarak ya da doğrudan ameliyata alınacak şekilde hazırlanır ve ameliyat konusunda kendisi veya yakınları bilgilendirilir. Acil hastalarda bilgilendirilmiş onam formu hastanın durumuna göre hekim kararı doğrultusunda hekim tarafından imzalatılır.
2. Acil Servisten doğrudan ameliyathaneye alınan hastaların ameliyat öncesi hazırlık işlemleri Acil Servis hemşireleri

tarafından gerçekleştirilir.

3. Ameliyat öncesi, hastanın preoperatif değerlendirmesi anestezi uzmanları tarafından gerçekleştirilerek Premedikasyon Formu doldurulur. Anestezi yöntemleri hakkında sözlü olarak bilgilendirilir, anestezi uzmanı ve hasta/hasta yakını tarafından **Aydınlatılmış Onam Formu** imzalanarak yazılı onamı da alınır.
4. Ameliyatı planlayan hekim tarafından hastanın durumuna göre ameliyattan bir gün önce veya ameliyat sabahı hastanın ilgili servise yatışı gerçekleştirilir. Hastanın durumuna ve ameliyatına göre kanama riski bulunan hastalar için kan ve kan ürünleri ameliyat öncesinden **Kan ve Kan Ürünleri Uygulama Talimatı** doğrultusunda hazırlanmış olmalıdır.

5. Hasta ve hasta yakınları ameliyata hazırlık süreçleri, dikkat edilmesi gereken hususlar ve ameliyat sonrasında yaşayacağı süreçler hakkında hekim ve hemşireler tarafından bilgilendirilir.
   Hastaya hekimi tarafından yapılacak olan ameliyat hakkında sözlü ve yazılı olarak bilgilendirme yapılır ve cerrahi girişime ilişkin bilgilendirilmiş onam formu hasta/hasta yakını ve hekim tarafından imzalanır.
6. Cerrahi hastalar ameliyathaneye teslim edilmeden önce, taraf işaretlemesi hekim tarafından yapılarak **Hasta Bölge, Taraf ve İşlem Doğrulama Formu'** na kayıt edilir. İlgili form hekim ve hasta/hasta yakını tarafından imzalanır.
7. Ameliyat öncesi, hasta hazırlığında ve hastanın ameliyathaneye tesliminde kimlik doğrulaması yapılır.
   Kliniğe yatırılan hastaların ameliyat hazırlığı klinik hemşireleri tarafından gerçekleştirilir. Kliniğe yatırılan hastanın; ameliyat rutinleri(laboratuvar testleri, radyoloji tetkikleri, EKG vs) hemşire tarafından kontrol edilerek, hastanın kıyafetleri, metal eşyaları, varsa takma dişi çıkarılarak ameliyat gömleği giydirilir.
8. **Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi**'nin Klinikten Ayrılmadan Önce bölümü doldurularak hemşire eşliğinde

   ameliyathaneye teslim edilir.

10.Hastaların ameliyathaneye alındıktan sonraki tüm süreç **Ameliyathane İşleyiş Prosedürü** doğrultusunda gerçekleştirilir.

Ameliyat Sonrası Bakım İlkeleri

1. Ameliyatın bitmesiyle beraber **Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi**'nin ilgili bölümleri kontrol edilerek ilgili sağlık çalışanı tarafından tamamlanır.
2. Hasta ameliyatı bittiğinde Uyandırma Ünitesi ' ne alınır. Uyandırma Ünitesi ' nde yakın takibi anestezi teknisyenleri/ ameliyathane hemşireleri tarafından yapılır ve takipler **Anestezi Formu** ' na kaydedilir.
3. Uyandırma Ünitesi'nde hastaya uygun pozisyon verilerek solunum yolu açıklığı sağlanır. Hastanın bilinç düzeyi takip edilerek yaşam bulguları stabil hale gelinceye kadar 15 dakikada bir ölçülür ve kayıt altına alınır.
   Hasta Uyandırma Ünitesi'nden ayrılacağı zaman, anestezi teknisyeni/ameliyathane hemşiresi tarafından servis aranarak hastanın alınabileceği belirtilir.
4. Servis hemşiresi, yardımcı personel ile birlikte hastayı ameliyathaneden teslim almak üzere ameliyathaneye gider.
5. Hastayı teslim eden anestezi teknisyeni/ameliyathane hemşiresi tarafından anestezi şekli, ameliyat sırasında gerçekleşen olağan/olağan dışı durumlar, kullanılan ilaçlar, hastada bulunan drenler, sondalar, kataterler ve hastanın genel durumu hakkında servis hemşiresini bilgilendirir.

9. **Güvenli Cerrahi Kontrol Listes**i'nin Anestezi Verilmeden Önce, Ameliyat Kesisinden Önce ve Ameliyattan Çıkmadan Önce bölümleri ilgili ameliyathane görevlileri tarafından kontrol edilerek doldurulmuş bir şekilde servis hemşiresine teslim eder.
10. Hemşire tarafından hastaya kimlik doğrulaması yapılarak hastaya ait tüm formların tam ve eksiksiz doldurulmuş ve imzalanmış olduğu kontrol edilir, hemşire ilgili formlardaki alanlar tamamlanmış bir şekilde hastayı teslim alır.
    Hastanın ameliyathaneden servise transferi **Hasta Mahremiyetinin Sağlaması Talimatı'** na uygun ve güvenli bir şekilde gerçekleştirilir.
11. Hastanın servise alınması ile birlikte yakın takibe alınır. Hastanın vital bulguları, aldığı çıkardığı, drenleri, pansumanı ve ağrı durumu gibi tüm bulguların yakın izlemi hemşire tarafından gerçekleştirilir. Hastanın vital bulguları istisnai bir hekim orderı ya da hastanın özellikli bir durumu olmadıkça ilk saatte 15 dakikada bir, ikinci saatte yarım saatte bir ve daha sonra saatte bir olacak şekilde takip edilir.
12. Hastalar hemşire tarafından pansuman ıslaklığı ve kanama açısından takip edilir ve hastanın durumunda değişiklik olması halinde hekimi servis hemşiresi tarafından bilgilendirilir
13. Hekim tarafından order edilen postoperatif tedavi planı hemşire tarafından uygulanır ve hasta ilacın beklenen etkileri ve yan etkileri açısından takip edilir.
14. Hastanın tüm tedavi ve bakım kayıtları **Hemşire Gözlem Formu** ' na kayıt edilir.
15. Hasta/Hasta yakınları ameliyat sonrası; beslenme, mobilizasyon, analjezik uygulama zamanları ve yapılacak tüm işlemler konusunda hekim ve hemşireler tarafından bilgilendirir.
16. Ziyaretçi ve hasta yakınları enfeksiyon kontrolü açısından minimize edilir.

Hastaların Güvenli Şekilde Devredilmesi

1. Hasta devirlerinde mahremiyet ilkeleri doğrultusunda hareket edilir.
2. Hekim-hekim arasında hastanın devredilmesi gerektiği durumlarda hekim tarafından hastaya ait tüm bilgiler özgeçmişi, yapılan veya planlanan tedavinin içeriği ve elde edilen sonuçlar hasta devrinin yapılacağı hekime aktarılır.
3. Nöbet teslimleri hemşireler arasında hastanın bakım süreçlerindeki değişiklikleri ve bilgileri kapsayacak

şekilde öncelikle deskte daha sonra hasta başında olacak şekilde devir teslim gerçekleştirilir.
Hemşireler arasında gerçekleşen hasta devir işlemleri istisnai haller dışında(resmi tatillerin yarım gün olması, acil hemşire değişimi gereken durumlar gibi) 08:00 ve 16:00 saatlerinde gerçekleştirilir. Hastaların devredilmesi, nöbeti ya da mesaisi tamamlanan hemşireler ile, mesaiye ya da nöbete gelen hemşireler arasında gerçekleştirilir.

4. Hastanın devredilmesi süreci şu bilgileri kapsamalıdır:

Yapılan tetkikler(EKG, EKO, laboratuvar testleri, radyoloji testleri vb)

- Yapılması planlanan tetkikler(EKG, EKO, laboratuvar testleri, radyoloji testleri vb)
- Yapılan veya yapılması planlanan konsültasyon bilgileri
- Hemşire bakım planlaması içeriği
- Çalışma süresi içinde gelişen olağan ya da olağan dışı tüm durum, bilgi ve uygulamalar(düşme olayı, travma, izolasyon vb bilgiler)
- Hastanın tanısı (*** tutulması gereken hastalıklar mahremiyet ilkeleri doğrultusunda aktarılmalıdır)
- Yatış hikayesi
- Yatış tanısı dışında var olan hastalıkları
- Hastanın diyet bilgileri
- Narkotik ilaçlar vb.

Acil Hasta Bakımı Temel İlkeleri

1. Hastanemiz henüz triaj koşulları için yeterli acil seviyesinde olmadığından triaj değerlendirmesi aciliyet durumuna göre hastayı muayene eden hekim tarafından yapılmaktadır.
2. Acil hastaların kabul ve kayıt işlemleri esnasında kimlik doğrulaması hasta kabul memurları tarafından, muayene işlemleri esnasında hekim tarafından ve bakım/tedavi uygulama işlemleri esnasında ilgili sağlık çalışanları tarafından yapılır.
3. Acil servise başvuran hastaların sosyal güvencesi sorgulanmaksızın tedavi ve bakım işlemleri gerçekleştirilir. Hastanın muayenesi sonucunda ilgili hekim tarafından hastanın durumuna göre tetkik, konsültasyon, tedavi veya gözlem kararı verilir.
4. Müşahedeye alınan hastaların tedavisi hekim tarafından verilir ve order edilen tedavi ilgili sağlık çalışanları tarafından uygulanır . Yapılan tüm tedavi ve takip **işlemleri Acil Servis Hemşire Gözlem Formu** ile kayıt altına alınır . Burada tedaviyi gerçekleştiren sağlık çalışanın bilgilerinin olması hasta ve çalışan güvenliği açısından gereklidir.
5. Müşahadeye alınan veya muayene edilen tüm hastalarda mahremiyet ilkelerine dikkat edilerek hareket edilir. Yapılan tüm müdahaleler ve işlemler doktor direktifi doğrultusunda tıbbi sekreterler veya bilgi işlem çalışanları tarafından otomasyon sistemine, sağlık çalışanları tarafından **Acil Servis Hasta Gözlem Formu**'na kayıt edilir. Muayenesi biten hastaların reçeteleri hekim tarafından onaylanarak teslim edilir ve taburculuk sonrası süreçler için hasta ve hasta yakınları bilgilendirilir.
6. Acil Servis'te yapılması gereken konsültasyon işlemleri **Konsültasyon Hizmetleri İşleyiş Prosedürü'** ne uygun olarak gerçekleştirilir.
7. İlgili branş uzmanının konsültasyonu sonucu yatış kararı verilen hastalara hekim tarafından yatış formu doldurularak hasta kabul memuru tarafından yatış veren hekimin adına yatış işlemleri gerçekleştirilir.
8. Yatışı verilen hastaya beyaz renkli kol bandı takılır ve yatış verilen birim aranarak bilgilendirme yapılır.
9. Yatışı verilen hastaya sağlık çalışanları tarafından **Hasta Transfer Formu** doldurularak sağlık çalışanı eşliğinde yatışı verilen servise teslim edilir.
10. Acilde ölen hastalar sağlık personeli tarafından hazırlanır. Hastada bulunan damar yolları, kataterler, sondalar, drenler ve elektrotlar gibi malzemeler çıkarılarak hasta mahremiyet ilkelerine dikkat edilerek morga alınmalıdır.

İlgili Dokümanlar:

- Hastanın Beraberinde Getirdiği İlaçları Teslim Alma Formu
- Hastane Giriş Kağıdı
- Günlük Müşahede ve Muayene Kağıdı
- İlaç Uygulamalarında Kullanılmaması Gereken Kısaltmalar Listesi
- Konsültasyon İşlemleri İşleyiş Prosedürü
- Yetişkin Hasta Tanılama Formu
- Hemşire Gözlem Formu
- Ayrıntılı Teşhis ve Tedavi İşlemleri Hasta Bilgilendirme ve Onam Formu
- Hastanın Güvenli Transferi Talimatı

- Hasta ve Refakatçi Eğitim Formu
- Taburcu Sonrası Hasta Bilgilendirme Formu
- Epikriz
- Ex Hasta Eşya Teslim Formu
- Yaşam Sonu Hizmet Prosedürü
- Hemşirelik Hizmetleri Bakım Planı
- Aydınlatılmış Onam Formu
- Kan ve Kan Ürünleri Uygulama Talimatı
- Hasta Bölge, Taraf ve İşlem Doğrulama Formu
- Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi
- Anestezi Formu
- Hasta Mahremiyetinin Sağlaması Talimatı
- Hemşire Gözlem Formu
- Acil Servis Hasta Gözlem Formu
- Hasta Transfer Formu