AYAKTAN HASTA BİRİM SORUMLUSU İŞ AKIŞ TALİMATI	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
Görev; Ayaktan hastaların tedavi olmalarını sağlar, ayaktan tedavi alanlarını yönetir.		
Gerçekleştirilecek Eylemler **İlk Eylemler** Tıbbi Bakım Sorumlusundan durum ile ilgili talimat, bilgi ve görev yeleğinizi alın, Durum tespiti toplantılarına katılın ve uygun müdahaleyi belirleyin. Bu müdahale; ihtiyaca göre hastaneden hızlı ve güvenli bir şekilde tahliyeyi, dış kaynaklardan gelecek muhtemel yardımların yönlendirilmesini içerebilir, Tüm faaliyetlerin, konuların ve kararların olay kayıtlarını başlatın ve Tıbbi Bakım Sorumlusuna. düzenli yazılı durum raporları verin, Bütün bölüm şefleri ile o ana kadar meydana tüm gelen majör olay ve faaliyetlerin, kritik sorunların, operasyonel kavramların ve bir sonraki operasyonel periyotta atılacak adımların mevcut durumunu ve gelişimini öğrenmek üzere ilk bağlantıyı kur. Personel ve ekipmanı yerleştirmek üzere Ayaktan Hasta Bakım Alanını düzenle. Talep olan alanlara gerekli kaynakların dağıtımını düzenle; —Personel —Araç —Ekipman ve malzeme —İlaç Tüm Faaliyet Alanı Ekip personeline eldeki ekipman, malzeme, ilaç envanteri ve personel ihtiyacını Lojistik Birimi ile işbirliği içerisinde değerlendirmeleri talimatını ver, durumu Tıbbı Bakım Sorumlusuna rapor et. Gerektiğinde faaliyet planını ve tüm faaliyetlerdeki görevlendirmeleri değerlendirmek üzere Operasyon Yöneticisi ve Lojistik Yöneticisi ile toplantı yap. Tıbbi Bakım Sorumlusunun talep ettiği dokümanları hazırla. Tüm aktivite ve gözlemlerini Operasyon Kayıt Formuna (FORM - 4) süreğen şekilde kaydet. İç ve dış tüm haber akışım Hastane İçinde Bilgi Paylaşımı Takip Formu (FORM-29) kaydet, Bir kopyasını Dokümantasyon Birimi için hazırla.	0 – 2 SAAT	02 – 12 SAAT
Devam Eden Eylemler Afet ve bölümün durumu, kritik sorunları çözmek için atılan adımlar, bir sonraki operasyonel periyot için ön görülmüş eylemler ve ihtiyaçlar hakkında Tıbbi Bakım Sorumlusu ile düzenli toplantılar yap Gerektiğinde İnsan Kaynakları Sorumlusu ve Lojistik Sorumlularıyla birlikte çalışarak gerekli personel, ekipman, malzeme, ilaç dağıtımının ve tesis destek hizmetlerinin sağlanmasını sürdür. Dış kaynakların kullanımını koordine et. Yardım için gönderilen personeli görevlendir ve uyumunu sağla. Herhangi bir görevle görevlendirilmemiş personeli insan kaynakları sorumlusuna gönder. Tüm aktivite ve gözlemlerini Operasyon Kayıt Formuna (FORM - 4) süreğen şekilde kaydet.	02 – 12 SAAT	12 – 72 SAAT

Süresi Uzayan Eylemler OYE ile sürekli irtibat halinde olun, Birim personelinin artan iş yükünü karşılama yeterliliği, görevlilerin sağlık ve iş güvenliği, kaynak gereksinimi ve dokümantasyon işlemlerini izlemeyi sürdür. Faaliyet ve kararların Operasyon Kayıt Formuna (FORM - 4) ve Hastane İçinde Bilgi Paylaşımı Takip Formu (FORM-29)kaydedilmesini sürdür. Uygun beslenme, sıvı alımı, dinlenme ve stresle başa çıkma teknikleriyle kendi fiziksel gereksinimlerini sağla. Görevli personelin dinlendirilmesi için molaları düzenle. Tüm personel, gönüllüler ve hastaları stres belirtileri ve uygunsuz davranışlar açısından gözlemle. Gözlemlerini Destek Hizmetler Sorumlusuna aktar. Görev devri yaptığın takdirde, yerine gelen yetkiliye devam eden operasyonların durumu problemler ve ilgili diğer bilgileri aktar	12 – 72 SAAT	72 SAAT SONRASI
Acil Müdahale Planı'nın Aktivasyonunun Sona Ermesi Müdahaleye son verme kararı alındığında; iyileştirme aşamasına veya olağan işleyişe rahat geçişi kolaylaştırmak için çalışma düzeninizi gözden geçirin. İhtiyaç azaldığında, personelini kendi rutin görevlerine döndür ve pozisyonları kombine et ya da kademeli olarak azalt. Görevin sonlandığında tüm dokümanların ve Operasyon Kayıt Formunun (FORM - 4) Hastane Afet Yöneticisine teslim edilmesini sağla. Tüm destek ekipman ve araçlarının ve tahsis edilmiş tüm afet yönetim ekipmanlarının eski yerlerine yerleştirilmesini sağla. Stres yönetimi ve faaliyet sonrası debrifinglere, gerekli diğer brifing ve toplantılara katıl.. Eylemlerin Kaydedilme Şekli Kayıtlar..... Formlar..... Raporlama mekanizması.....		
Rapor Vereceğiniz Kişi: Tıbbi Bakım Sorumlusu (OYE)		
Kimlik Belirleme Görev yeleğinizi giyin		
Diğer		