1.0 AMAÇ

Sağlık hizmetlerimizin sunumu sırasında hastalarımızın zarar görmesini önlemek, daha güvenli bir tedavi ortamı

oluşturmak amacıyla tüm hastane personeli tarafından alınması gereken önlemlerin belirlenmesidir.

2.0 KAPSAM

Tüm hastane çalışanları ve birimleri sorumludur.

3.0 KISALTMALAR:

4.0 TANIMLAR:

Hasta Güvenliği: Sağlık bakım hizmetlerinin hastalara vereceği zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve bu

kuruluşlardaki çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamıdır.

5.0 SORUMLULAR

Hasta güvenliğini sağlamaya yönelik önlemlerin alınmasında ve güvenliği tehdit eden koşulların düzeltilmesinden hasta

güvenliği komitesi sorumludur. Hasta güvenliğini sağlamaya yönelik olarak oluşturulan prosedürlerin uygulanmasından

tüm hastane çalışanları sorumludur.

7. Hasta Kimlik Bilgilerinin Tanımlanması Ve Doğrulanması

Hastanın ilgili servise kabulünde hastayı karşılayan sağlık personeli tarafından kimlik bilgilerinin doğrulanmasına yönelik

hastane uygulamaları hakkında hastaya ve/veya yakınına eğitim verilir.

Hasta kimlik tanımlama ve doğrulama işleminde hasta kol bandı kullanılır.(Hasta Kimlik Tanimlama Ve Doğrulama Talimati) Oda ve yatak numarası kullanılmaz.

Hasta kimlik doğrulama işleminde kullanılan barkodlu kol bandında,

- Protokol numarası

- Hasta adı-soyadı

- Doğum tarihi (ay-gün-yıl)

- Hasta yatışlarında renkli kol bandı kullanılır. Renkli kol bandı uygulamasında;

- Yatışı yapılan her hasta için **beyaz** renkli kol bandı,

- Alerjik hastalar için ise sadece **kırmızı** renkli kol bandı kullanılır.

- Tetkik, tedavi, cerrahi girişimler ile tüm girişimsel işlemler öncesinde ve ilaç, kan ve kan ürünü

Uygulamadan önce, klinik testler için numune alımında ve hasta transferinde kimlik doğrulama işlemi gerçekleştirilir.

Hasta kol bantları;

- Hasta başka bir kliniğe nakil olduğunda,

- Hastanın bir alerjisi tespit edildiğinde,

- Kimlik tanımlayıcı özelliğini yitirdiğinde değiştirilmelidir.

8. İletişim Güvenliğinin Sağlanması

Sözel İstem Uygulaması

Hastanemizde tedavi görmekte olan hastalarımızın sağlık durumlarındaki olumsuz gelişmelerde, hekimin serviste

bulunmadığı durumlarda servis hemşireleri tarafından hekime ulaşılarak bilgi alınmasına yönelik olarak **Sözel Order**

Uygulama Talimatı sözel istemin kaydedilmesine yönelik olarak da **Sözlü ve Telefonla Tabip Order Formu**

oluşturulmuştur. Sözel İstem Kayıt Formunun 24 saat içerisinde ilgili hekime imzalattırılması ve hasta tabelasına

geçirilmesi gerekmektedir. Sözel İstemin alınması sırasında ilacın ismi, dozu, uygulama şekli ve veriliş sıklığı açık olarak

belirtilir. Kemoterapi ilaçları ve yüksek riskli ilaçların uygulanmasında **sözlü/telefon İstemi kabul edilmez**.

Kısaca;

Kimliğini doğrulat,

Orderi işit,

Orderi kayıt altına al,

Orderi oku doğrulat.

Düzgün olarak kaydet imzalat.

9. Kritik Test Değerlerinin Bildirilmesi

Hastanemiz Laboratuarında çalışılan tetkiklere ait sonuçların kritik değerlerlerde çıkması durumunda, hasta

güvenliği açısından ilgili birim çalışanlarının test sonuçları hakkında bilgilendirilmesini ve tetkiklere ait panik değer

aralıkları hakkında bilgilenmelerini sağlamaya yönelik olarak **Panik Değer Bildirim Talimatı** oluşturulmuştur. Panik

değerler hem otomasyon sistemi üzerinde tanımlanmış ve hekimlerin renkli uyaranlarla panik değerleri ayırt

edebilmeleri sağlanmıştır hem de Panik değer bildirim formu ile tespit edilen değerler yazılı olarak ilgili hekime

bildirilerek kayıt altına alınması sağlanmıştır.

10. İlaç Güvenliğinin Sağlanması

Doğru hasta, Doğru ilaç, Doğru doz, Doğru zaman, Doğru yol, Doğru yanıt, Doğru ilaç formu ve Doğru kayıt basamaklarını

güvenli bir şekilde gerçekleştirebilmek amacıyla **İlaç Yönetimi Prosedürü** oluşturulmuştur.Hastanın beraberinde getirdiği

ilaçlar hemşire tarafından teslim alınır.Miat kontrolleri yapılarak **Hastanın Yatış öncesi kullandığı**

ilaçlar Formu na kayıt

edilir.Daha sonra hekime order ettirilir. Hastanede yatan hastaların tüm ilaçları hemşire tarafından İlaç Yönetimine

yönelik yazılı prosedüre göre uygulanır, hastanın yanında ilaç bulundurulmaz. Yeşil ve Kırmızı Reçeteye Tabi ilaçlar kilit

altında tutulur ve nöbet değişimlerinde devir teslimi yapılır ve kayıt altına alınır.Kayıtta kime kaç adet ilaç teslim edildiği,

teslim eden ve teslim alanların imzaları bulunur.Narkotik İlaç Kullanılmış ise Kayıtta ilacın kullanıldığı tarih, ilacı kimin ne

kadar dozda kullandığı,hangi hastaya uygulandığı kayıt altına alınır. Hastaya hastanede yattığı sürede sadece hekimi

tarafından yazılan tedavi planına göre ilaç uygulaması yapılır. Tedavi planında kısaltmalar kullanılmaz. Tedavi planı

okunaklı bir şekilde, ilacın tam adını, uygulama zamanını ve dozunu, uygulama şeklini ve veriliş süresini içerecek şekilde

hekimi tarafından yazılır. İlaçların karışmasını engellemeye yönelik olarak Yazılışı, okunuşu, ambalajı birbirine benzeyen

ilaçların listeleri hazırlanmıştır ve kullanım alanlarında bulunur.(**Görünüşü Benzer İlaç Listesi**). Yazılışı, okunuşu, ambalajı

birbirine benzeyen ilaçların dolaplardaki yerleşimi ayrı raflarda yapılır. Pediatrik dozdaki ilaçların listeleri ilgili bölümde

bulunur. Pediatrik dozdaki ilaçların dolaplardaki yerleşimi diğer ilaçlardan ayrı raflarda yapılır. Acil kullanılabilecek

pediatrik ilaçların kilograma göre dozları listelenmiştir ve listeler kullanım alanlarında bulundurulur.(**Acil**

Kullanılabilecek Pediatrik İlaçların Kilograma Göre Doz Listesi) Hemşire hekimin tedavi planını hemşire gözlem formuna

kaydeder. İlaçların bozulmasını engellemek için, ilaçların saklandığı oda ısısı ve nemi kaydedilir. Buzdolabında saklanması

gereken ilaçlarla ilgili ilaç listesi hazırlanır.(**Soğuk Zincire tabi ilaç listesi**) Buzdolabının ısısı(**Buzdolabı Isı Takip Formu)**'na

kaydedilir. Hastasının taburculuğuna karar veren hekim hastanın evde kullanacağı ilaçları tarif eder. Evde kullanacağı

ilaçlar **Hasta Taburcu Eğitim Formu** na kayıt edilerek, hasta ve yakınına bilgi verilir. Hasta Taburcu olurken hazırlanan

Epikrizine hastanın kullanacağı ilaçlar kaydedilir. Bir nüshası hastaya verilir.

Yanlış ilaç istenmesi**;**

Yanlış ilaç uygulanması;

İlacın yanlış yolla uygulanması;

İlacın yanlış zamanda uygulanması**;**

Eczaneden yanlış ilaç gelmesi;

Eczaneden ilaçların uygun şartlarda gelmemesi;

Kayıtların yanlış olması.

Tüm Hata kaynaklarından kaynaklanan hatalar **İstenmeyen Olay Bildirim Formu** ile Kalite Yönetim Birimine bildirilir.

Güvenli Kan Transfüzyonu

Kan ve Kan Ürünlerinin uygulanması ile ilgili standart geliştirerek hasta güvenliğini sağlamak amacıyla

Transfüzyon Sürecine Yönelik Yazılı Düzenleme(**Transfüzyon Hizmetleri İşleyiş Prosedürü)** oluşturulmuştur.

Hastanın kan ihtiyacının klinik gerekliliği ve zamanı doktor tarafından belirlenir. Hastaya transfüzyon yapılmasının

gerektiren endikasyonlar hasta dosyasına doktor tarafından kayıt edilir. Hasta ve /veya yakınları planlanan kan

transfüzyonu ve gerekliliği konusunda bilgilendirilir, bilgilendirildiğine ve kabul edildiğine dair Rıza Belgesi okutularak

imzalatılır.(**Kan Bileşenleri Nakli için Bilgilendirilmiş Onam Formu**) Hastanın kan grubuna göre istenilecek kan ürünü ve

kan miktarı belirlenir. İstemi yapılacak kan veya kan ürünü için Kan Ve Kan Ürünleri İstem Formundaki bilgiler eksiksiz iki

nüsha olarak doldurulur. Otomasyon sistemi üzerinden girişi yapılır. Hasta kimliği, hasta dosyasından, hasta tanımlama

bilekliklerinden, hasta veya yakınlarından sözlü yanıt alarak doğrulanır.

Transfüzyonun ilk 15 dakikasında kan yavaş verilir (DR. Order ‘ına göre)

Transfüzyonun ilk 15 dakikasında reaksiyon gelişmez ise kanın veriliş hızı artırılır(DR.Order’ına göre)

Transfüzyonun ilk 15 dakikası hasta başında transfüzyon izlenir, daha sonra her yarım saatte bir ve

transfüzyon bitiminde bir kez(DR Order’ına göre) hastanın yaşam bulguları izlenir.

Kan Bileşeni Transfüzyon İzlem Formuna aşağıda belirtilen bilgiler kayıt edilir.

Tarih

Başlama-bitiş saati

Kan-kan bileşeni adı

Ünite miktarı-ünite no

Cross(evet/hayır)

Uygulamayı yapan personel ve ikinci sağlık personeli imzası

Kan Ve Kan Ürünleri Transfer ve Transfüzyon Takip Formuna hastanın yaşam bulgularını ve uygulamayı yapan

hemşirenin adı-imzası, reaksiyon gelişmesi durumunda belirtiler ve uygulanan girişimler kayıt edilir.

İşlem bittiğinde kan verme seti ve kan torbası çıkarılıp tıbbi atık torbasına uygun bir şekilde atılır.

Eller yıkanır.

Hasta kimlik doğrulamasının yapılmaması**;**

Yanlış kan veya kan ürünü istenmesi veya gelmesi;

Kan ve/veya kan ürününün yanlış etiketlenmesi;

Kan ve/veya kan ürününün uygun olmayan depolanması

Transfüzyon sırasında uygun takibin yapılmaması**,**

Uygulama sonrası reaksiyon gelişmesi.

Tüm Hata kaynaklarından kaynaklanan hatalar İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi Bildirim Formu ile Kalite

Yönetim Birimine bildirilir.

11. Radyasyon Güvenliği

Hastanemizde Radyasyon yayan cihazların bulunduğu alanların Türkiye Atom Enerjisi Kurumundan (TAEK) lisansı

alınmıştır. Radyasyon yayan cihazların bulunduğu alanlarda iyonize havanın dışarıya atılmasını sağlayan aspirasyon

sistemi kurulmuştur. Görüntüleme hizmeti sunulan alanlarda radyasyon uyarı levhaları bulundurulmaktadır. Hastaların

görüntüleme alanına tek tek alınması sağlanmıştır. Hasta ve yakınları için radyasyon koruyucular farklı ebatlarda

bulundurulması sağlanmıştır. Gebe ve gebelik şüphesi olanlar radyasyon güvenliği konusunda bilgilendirilmektedir.

Radyasyon koruyucular ve tedavi amacıyla radyasyon uygulamalarının amacına ulaşılması öncelikli olmak üzere hastanın

radyasyon güvenliğini sağlamak üzere aşağıdaki hususlara uyulur.Hekimin yazılı kararı olmayan hiçbir ışınlama

yapılamaz.Hastanın alacağı veya alması gereken doz miktarının tayini ve tıbbi ışınlama süresince hastanın radyasyon

güvenliğini sağlamak üzere gerekli tüm bilgiler hekim tarafından yazılı olarak önceden belirlenir ve bunlar kesinlikle

uygulanır. Görevli tüm personel, tan ve tedavinin gerektirdiği radyasyon güvenliği konularında eğitimli olmalıdır.

Radyasyon koruyucuların etkinliği en az **6 ayda** bir kontrol edilir.

12. Bilgi Güvenliğinin Sağlanması

Bilgi güvenliği süreci Bilgi güvenliği prosedürü’ne göre yürütülür.

Hastanın Bilgilendirilmesi Ve Rızasının Alınması

Hasta ve hastanın yasal temsilcisinin bakım kararlarına etkin katılımının sağlanması, planlanan bakım ve tedavi ile

ilgili yeterli, açık, anlaşılır bir şekilde ve dilde bilgilendirilmesi, karar verme ve tedaviye katılımlarının

desteklenmesi, gerekli onaylarının hasta veya hastanın yasal temsilcisi tarafından verilmesi için hastane

kurallarının ve yöntemlerin tarif edilmesine yönelik olarak Hastanın Bilgilendirilmesi Ve Rızasının Alınması için

onam formları hazırlanmıştır. Bilgilendirme minimumda; İşlemin kimin tarafından yapılacağı, İşlemden beklenen faydalar

İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar, varsa işlemin alternatifleri, İşlemin riskleri

komplikasyonları, İşlemin tahmini süresini içerir. Hastanın doktoru yapacağı girişimsel işlemle ilgili hastasını bilgilendirir

ve her işlem için ayrı olarak hazırlanmış olan Rıza Belgesini karşılıklı olarak şahit huzurunda imza altına alır. Hastanemize

başvuran 18 yaş altı hastalarımız ebeveynleri olmadan muayene edilmemektedir.

Hasta Düşmelerinin Önlenmesi

Hastanemize yatışı yapılan hastaları düşme sonucu meydana gelebilecek yaralanmalardan korumak ve güvenli bir

ortam sağlayarak bakım ve tedavilerini sürdürmek amacıyla Düşme Riskine yönelik Yazılı Düzenleme

hazırlanmıştır.(**Hasta Düşmelerinin Önlenmesi Talimatı)**Hastalar düşme riski açısından hastaneye ilk yatışında, post

operatif dönemde, bölüm değişikliğinde, düşme olayı geçekleştikten sonra, risk faktörleri kapsamında durum değişikliği

olması durumda servis hemşiresi tarafından değerlendirilir. Değerlendirme İtaki ve harizmi Düşme risk ölçeklerine göre

yapılır. Hastanın yüksek düşme riskine sahip olduğu, tek kişilik odalarda odanın kapısına, iki kişilik odalarda yatak başına

“düşen adam figürü” asılarak diğer hastalardan ayırt edilmesi sağlanır. Tesis kaynaklı düşmeleri önlemek amacıyla

kaygan zeminlerde uyarı levhaları, alçak tavan uyarı levhaları kullanılmaktadır. Düşmelerden sonra olay bildirim formu

doldurulur, Kalite Yönetim Birimine gönderilir.

Güvenli Cerrahi Uygulamaları

Ameliyathanedeki tüm cihaz ve ısı kaynaklarının periyodik bakım ve kalibrasyonlarının yapılması sağlanır ve

ameliyat öncesi son teknik kontrolleri yapılır. Hatalı gaz ve gaz karışımı verilmesini önlemek amacıyla, ameliyat öncesi

gerekli kontroller yapılır. Cerrahi işleme başlamadan önce tüm ekipmanların mevcut ve fonksiyonel olduğu kontrol edilir.

Yapılacak uygulamanın eksiksiz ve doğru olmasını sağlamak için süreçle ilgili **Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi**

kullanılır. Ameliyattan hemen önce durdurma, son kontrol uygulaması mutlaka yapılır ve Cerrahi / İnvaziv İşlem Taraf

İşaretlenmesi ekip tarafından duyulacak şekilde okunarak doldurulur. Yanlış hasta ve yanlış taraf cerrahi uygulamalarının

önlenmesinde; Ameliyat öncesi serviste hasta ile ilgili son kontroller tabip tarafından yapılarak hastanın da katılımıyla

taraf işaretleme süreci gerçekleştirilir. Hastaya ameliyat öncesi servis hemşiresi tarafından kimlik

doğrulama işlemi

yapılır ve hasta, dosyası ile birlikte görevli refakatinde ameliyathaneye gönderilir. Hasta ameliyathaneye kabul edilirken,

hemşire tarafından kimlik doğrulama işlemi yapılarak beraberce teslim alınır. **Cerrahi işlemlerde taraf işaretleme**

sürecinde uygulanacak kurallar şu şekildedir;

Taraf işaretlemesi için cerrahi taraf işaretleme kalemi kullanılır.

Yapışkan taraf işaretleyicileri kullanılmaz.

İşaret ameliyat bölgesine veya yakınına belirgin ve silik olmayacak şekilde konulur. Diğer bakım süreçleri için

gerekmedikçe ameliyat edilmeyecek bölgeler işaretlenmez.

Taraf işaretleme mutlaka hastanın uyanık ve bilinçli olduğu zaman diliminde yapılır.

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.

Göz tarafı işaretlemesi için kaşın üzeri kullanılır.

Tek organ vakaları (sezaryen bölgesi, kalp cerrahisi gibi), müdahaleler sırasında, kateter ve enstrümanların

takılmasında, cerrahi prosedürün tasarlandığı açık yara ve lezyonlarda, acil müdahalelerde işaretleme yapılmaz.

Elektro cerrahi, lazer ve diğer elektrikli cihazlarla yapılan işlemlerde cerrahi yanıkların oluşmasını önlemek için

cihazların kullanımında dikkat edilecek hususlar şunlardır:

Cihazın kalibrasyon periyodu belirlenir ve sadece kalibrasyonlu cihazlar kullanılır.

Özellikle koter cihazları için ekonomik kullanma ömrü belirlenir ve bu süre sonunda demirbaş kaydından düşürülür.

Üretici firmanın belirtmiş olduğu bakım aralıklarında bakım yapılır (altı aylık veya yıllık).

Cerrahi işlem sürecinde dikkat edilecek hususlar şunlardır:

Cihazların teknik kontrolünde kabloların yeterli uzunlukta olduğu ve bağlantıların doğru kullanılıp kullanılmadığı kontrol

edilir.

Hastanın ekstremiteleri metal masa kısmıyla temas etmemelidir.

Hastanın altında sıvı birikmesi önlenir.

Ameliyat odasının sıcaklığı 18-26 dereceye ayarlanabilir nitelikte ve bağıl nem minumum %30- maximum %60

seviyesinde tutulur.

Hastanın kimlik doğrulamamasının yapılmaması,

- Ameliyat taraf işaretlemesinin yapılmaması**,**

- Yanlış taraf / organ cerrahisi,

- Güvenli cerrahi kontrol listesinin doldurulmaması,

- Güvenli cerrahi kontrol listesinin yanlış doldurulması,

- Cerrahi işlem sırasında oluşan istenmeyen olayların gerçekleşmesi(Yanık gelişmesi gibi)

Tüm Hata kaynaklarından kaynaklanan hatalar **İstenmeyen Olay Sistemi Bildirim formu** ile Kalite Yönetim

Birimine bildirilir.

Engelli Hastalara Yönelik Önlemler

Engelli hastaların Hasta kayıt bölümünden öncelikli muayene sırası alabilmeleri ve refakat hizmeti sunularak öncelikli

muayene olabilmelerini sağlamaya yönelik gerekli önlemler alınmıştır. Engellilerin rahatça muayene olmaları için engelli

poliklinik odası hizmete sunulmuştur. Karşılama Yönlendirme işlemlerinde işaret dili bilen personel görevlendirilmiştir. İç

ve dış mekânların çevresel düzenlemeleri engellilere göre planlanmıştır. Engelli asansöründe tutunma barları ve görsel,

yazılı ve işitsel yönlendirmenin yapılması sağlanmıştır. Dinlenme alanları engellilere yönelik düzenlenmiş Engelliler için

Engelli Tuvaletleri hazırlanmıştır. Acil çağrı aparatları yerleştirilmiştir. Hastanemiz otoparkında engelliler için ayrı park

yeri hazırlanmış ve uyarı levhaları asılmıştır.

Enfeksiyonların Kontrolü

Hastane Enfeksiyonlarını önlemek amacıyla Enfeksiyon Kontrol Komitesi kurulmuştur. Enfeksiyon Hemşiresi tarafından

Surveyans takibinin yapılması ve 3 ayda bir raporlanması sağlanmıştır. Hastanenin tüm bölümlerini kapsayan ve risk

düzeylerine göre Prosedür hazırlanmış ilgili temizlik hizmetleri personeline eğitim verilmiştir. Bölümlere göre Temizlik

planları oluşturulmuş, Kontrol sorumluları belirlenmiştir. Üretilen atıklar birimlere göre planlanmış, uygun atık kutuları

ilgili bölümlerde bulundurulması sağlanmış ve gereli eğitimler yapılmıştır.

El Hijyeni Uygulamaları

Kişisel bakım alanlarında el hijyeni sağlamaya yönelik olarak kağıt havlu, tuvalet kağıdı, sabun vb. Temizlik

malzemelerinin bulundurulması sağlanmıştır. Sağlık Hizmeti sunulan tüm alanlarda alkol bazlı el antiseptikleri

bulundurulmaktadır. Her Hasta odasında alkol bazlı el antiseptikleri bulundurulmaktadır. El Hijyeni ve Önemi konusuna

El Hijyeni Eğitim Programı hazırlanmış ve tüm çalışanların bu eğitime katılması sağlanmıştır. Hasta Eğitimlerinde

hastalara El Hijyeni ve Önemi konusunda eğitim verilmektedir. Birimlerin kullandıkları El Dezenfektanları ile ilgili analiz

çalışmaları yapılmakta, gerekli düzeltici önleyici faaliyetler planlanmaktadır. Çalışanlara yönelik haberli gözlem

yapılmakta ve kayıtları tutulmaktadır.

İzolasyon Önlemleri

Mikroorganizmaların enfekte veya kolonize hastalardan diğer hastalara, ziyaretçilere ve sağlık personeline bulaşmasını

önlemek amacıyla **İzolasyon Önlemleri talimatı** hazırlanmış ve uygulamaya yönelik eğitim çalışmaları yapılmıştır.

İzolasyon uygulamalarında kullanılmak üzere izolasyon odasının giriş kapısına;

Solunum izolasyonu için sarı yaprak,

Damlacık izolasyonu için mavi çiçek,

Temas izolasyonunda kırmızı yıldız

Sıkı Temas izolasyonu için iki tane kırmızı ok tanımlatıcı figürleri kullanılmaktadır.

Renkli Kod Uygulamaları

Mavi Kod Uygulaması(2222)

Kardiyopulmoner arrest durumundaki bir hastanın hızlı ve güvenli biçimde, eğitimli ve deneyimli personel tarafından,

kalp ve solunum sistemine müdahale ile canlandırılmasını sağlamak için standart bir yöntem belirlenmesi amacıyla **Mavi**

Kod Uygulama Talimatı oluşturulmuştur. Mavi Kod uygulamaları için bildirim sistemi kurulmuştur.

Mavi Kod Sorumlu ekibi belirlenmiştir. Mavi Kod uygulamalarını yapmak üzere mesai içi ve dışı saatlerde ekipler

belirlenmiş, görevlendirilmeleri yapılmıştır. Ekipteki hekim ve sağlık çalışanlarının CPR eğitimi alması sağlanmıştır. Her

dönem mavi kod tatbikatı yapılması sağlanmış ve kayıt altına alınmıştır. Mavi Kod Olaylarını kayıt altına alınmasını

sağlamak üzere **Mavi Kod Olay Bildirim Formu** oluşturulmuştur.

Pembe Kod Uygulaması(3333)

Yeni doğan / bebek / çocuk kaçırılması veya kaybolması durumlarına karşı önlem almak ve bebek güvenliğini sağlamak

amacıyla pembe kod ekibi oluşturulmuştur. Bununla ilgili yapılacak işlemler **Pembe Kod Uygulama Talimatı** İle

anlatılmıştır.

Tıbbi Cihaz Güvenliği

Tıbbi Cihaz yönetiminden sorumlu ekip oluşturulmuş ve görev tanımları yapılmıştır.

Tıbbi Cihaz güvenliğini sağlamak üzere tüm tıbbi cihazların bölüm bazında envanteri çıkarılmıştır.

Yıllık kalibrasyon planı yapılmış, tıbbi cihazların kalibrasyonları hazırlanan plana göre yapılmıştır.

Kalibrasyonu yapılan cihazlara kalibrasyon etiketleri yapıştırılmıştır.

Kalibrasyon Etiketleri ile ilgili bölüm çalışanları bilgilendirilmiştir.

Kalibrasyon etiketlerinde,

• Kalibrasyon yapan firmanın adı,

• Kalibrasyon tarihi,

• Geçerlilik süresi,

• Sertifika numarası bulunur.

İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi

Hastanemizde İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi kurulmuş, **İstenmeyen Olay Bildirim Formu** oluşturulmuştur.

İstenmeyen Olay Bildirim Sisteminde bildirilecek olaylar,

İlaç Güvenliği

Transfüzyon Güvenliği

Cerrahi Güvenlik

Güvenlik Raporlama Sistemi İle ilgili tüm çalışanlara eğitim verilmiştir.

7.0 İLGİLİ DÖKÜMALAR

Hasta Kimliğinin Tanımlanması ve Doğrulanması Talimatı

Sözel Order Uygulama Talimatı

Sözlü ve Telefonla Tabip Order Form

Panik Değer Bildirim Talimatı

İlaç Yönetim Prosedürü

Hastanın Yatış öncesi kullandığı ilaçlar Formu

Görünüşü Benzer İlaç Listesi

Acil Kullanılabilecek Pediatrik İlaçların Kilograma Göre Doz Listesi

Soğuk Zincire tabi ilaç listesi

Buzdolabı ısı takip formu

Hasta Taburcu Eğitim Formu

İstenmeyen Olay Bildirim Formu

Transfüzyon Hizmetleri İşleyiş Prosedürü

Kan Bileşenleri Nakli için Bilgilendirilmiş Onam Formu

Hasta Düşmelerinin Önlenmesi Talimatı)

Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi

İzolasyon Önlemleri Talimatı

Mavi Kod Uygulama Talimatı

Mavi Kod Olay Bildirim Formu

Pembe Kod Uygulama Talimatı

Bilgi Güvenliği Prosedürü