1. AMAÇ: Test isteminin yapılması**,** hasta örneklerinin alınması, etiketlenmesi, transferi, testlerin çalışılması ve test sonuçlarının onaylanması, raporlandırılmasına kadar tüm süreçlerin tanımlanması, laboratuvar cihazlarının güvenli kullanımı, stok takibi, hasta ve örnek güvenliğinin, çalışan güvenliğinin sağlanmasıdır.

2. KAPSAM: Biyokimya Laboratuvarı, Kan Alma Ünitesi, Acil Servis ve Tüm Klinikleri kapsar.

3. SORUMLULAR:

➢ Biyokimya Uzmanı

➢ Laboratuvar Teknisyenleri, Hemşireler, ATT, Sağlık Memurları

➢ Laboratuvar Sekreteri, Acil Servis ve Klinik Sekreterleri

➢ Taşıma Personeli

➢ Bilgi İşlem Personeli

4. UYGULAMA:

Laboratuvar testlerinin çalışılma süreci üç aşamadan oluşur;

1. Preanalitik süreç

2. Analitik süreç

3. Postanalitik süreç

4.1. PREANALİTİK SÜREÇ:

4.1.1.Test İsteminin Yapılması:

• Tetkik istemlerine hastayı muayene eden hekim karar verir, tetkik istem tarih ve saati HBYS üzerinde kayıt altına alınır. • İstemi yapan hekimin adı ve soyadı, istemin yapıldığı tarih ve saat HBYS üzerinde kayıt altına alınır.

• Hastanın klinik sürecinden sorumlu hekim, tetkik istemi sırasında hasta ile ilgili istenen bilgileri eksiksiz olarak doldurmalı, gerekli ise klinik yorumu etkileyecek hastaya özel bilgileri de sağlamalıdır.

• Akılcı Laboratuvar Kullanımı Kapsamında:

➢ Kurumumuzda tetkik istemleri acil ve yoğun bakım üniteleri dışındaki birimlerde ‘Akılcı Test İstem Prosedürü’ne göre yeniden düzenlenmiştir. Bu kapsamda hastadan bir testin istenmesinden sonra aynı testin yeniden istenebilmesi için önerilen süreyi tanımlayan ve bakanlıkça oluşturulan ‘Test İstem Periyodu Listesi’ HBYS’ ye tanımlanmıştır ve belirlenen süreler içerisinde hekim tarafından yapılabilecek gereksiz test istemini azaltmak amacı ile ‘Test istemi uyarı sistemi’ kurulmuştur. Test istem sayfası, her test için bir hastaya ait geçmiş en az son iki test sonucunu hekimin tek bir tıklama ile görebilmesine olanak verecek biçimde düzenlenmiştir. Ayrıca otomasyon sistemine hem cinsiyete göre hem de bakanlık tarafından tebliğ edilen testlere göre klinik branş bazlı olacak şekilde istem sınırlaması yapılmıştır.

➢ Laboratuvar tetkik sayıları SDS kapsamında aylık olarak branş ve hekim bazlı analiz edilmekte ve tetkik istem oranları hekimlere bildirilmektedir.

➢ Hastadan yeniden numune alınmadan, refleks test ve reflektif test uygulamaları ile ek test istemi yapılabilmektedir. ➢ Tüm kamu kurum/kuruluşları ile devlet üniversiteleri bünyesindeki tıbbi laboratuvarları kapsayan ve hangi testin nerede yapıldığını gösteren “Bu Test Nerede Yapılıyor?” sistemine Demo Sağlık Tesisi web sayfası ……gov.tr üzerinden ya da http://ckysweb.saglik.gov.tr/labtestlerapp/testlabara.aspx adresinden giriş yapılabilmekte ve istenilen test sorgulanabilmektedir.

4.1.2. Örneklerin Etiketlenmesi, Alınması ve Güvenli Transportu:

• Polikliniklerde test girişleri yapılmış olan hastalar laboratuvar kaydı için kan alma ünitesi sekreterliğine

yönlendirilir. • Kan alma ünitesi sekreterliğinde HB-TL004 Hasta Kimlik Tanımlama ve Doğrulama Talimatı'na göre kimlik doğrulama işlemi yapılır, hastaya ait barkodlar oluşturulur, uygun örnek kaplarına yapıştırılır ve hasta, örnek kapları ile birlikte kan alma ünitesine yönlendirilir.

• Kan alma ünitesinde hasta kimlik doğrulamasından sonra kan örnekleri, etiketlenmiş olan örnek tüplerine alınır (HB RH 002 Kan Alma Rehberi, BL-TL012 Numune Alma Talimatı, BL-TL022 Kan Tüpleri Kullanım Talimatı, BL-RH 002 Biyokimya Laboratuvarı Test Rehberi). Örnek alımının tarih ve saati otomasyon sisteminde kayıt altına alınır.

• Ön hazırlık gerektiren testler için hastalara, teste uygun bilgilendirme kartları (BL-YD 004 Oral Glukoz Yükleme Testi Hasta Bilgilendirme Kartı, BL-YD 005 Gaita Örneği Alma Hasta Bilgilendirme Kartı, BL-YD 006 24 Saatlik İdrar Biriktirme Hasta Bilgilendirme Kartı) verilir.

• Hasta örneklerinin transportu BL-TL025 Biyokimya Laboratuvarı Hasta Örneklerinin Toplanması ve Güvenli Transferi Talimatı'na göre en fazla 75 dakika içinde yapılır, örnekler laboratuvar örnek kabul birimine teslim edilir. Acil örneklere öncelik verilir ve personel sözlü olarak bilgilendirilir.

• Acil servis, klinikler ve yoğun bakımlarda tetkik girişleri; hekim, kat sekreterleri, hemşireler tarafından yapılır, barkodlar oluşturulur. Hasta örnekleri ilgili birimlerde hasta kimlik doğrulama işlemi sonrasında barkodlu ve uygun örnek kaplarına alınır. Örnek alımı tarih ve saati otomasyon sistemi üzerinde kayıt altına alınır. Kliniklerden kan örnekleri pnomatik sistem ile idrar ve

gaita örnekleri uygun taşıma çantalarında personel aracılığı ile laboratuvara gönderilir, örnek kabul birimine teslim edilir. Ek hizmet binasındaki poliklinik ve kliniklerden hasta örnekleri, mesai süresince bir saat aralıkla hareket eden araç ile hastane personeli tarafından uygun taşıma kapları ile oda ısısında, en geç 75 dakika içerisinde laboratuvara ulaştırılır ve laboratuvar numune kabul birimine teslim edilir.

• Hastalar tetkik sonuçlarının ne zaman, nereden alınacağı konusunda laboratuvar sekreteri, kan alma ünitesi çalışanları ve laboratuvar teknisyenleri tarafından hem sözlü hem de yazılı olarak bilgilendirilirler (BL-001 LS Laboratuvar Sonuç Verme Süreleri Listesi).Tetkik sonuçları tamamlandığında hastalara SMS ile bilgilendirme yapılır.

4.1.3. Örneklerin Laboratuvara Kabulü ve Analize Hazırlanması, Uygun Olmayan Örneklerin Reddi:

• Laboratuvara teslim edilen örnekler laboratuvar teknisyeni tarafından kontrol edilir. Analiz için uygun kaba, uygun miktarda alınmış ve etiketlendirilmiş örneklerin laboratuvar kabulü LBYS üzerinden yapılır ve böylece tarih ve saat olarak örneklerin laboratuvara giriş kaydı yapılmış olur.

• BL-TL023 Biyokimya Laboratuvarı Hasta Örneklerinin Analize Hazırlanması ve Saklanması Talimatı gereği analiz için uygun olan kan örnekleri, serumdan ya da plazmadan çalışma yapılacaksa santrifüj edilerek ilgili cihazlarda çalışmak üzere hazırlanır. Hemogram ve sedimantasyon örnekleri doğrudan analiz edilir. İdrar ve gaita örnekleri doğrudan analiz edilir.

• Analize uygun olmayan örnekler BL-TL024 Biyokimya Laboratuvarı Örnek Kabul ve Ret Kriterleri Talimatı gereğince çalışmaya alınmazlar, örneklerin ret nedenleriyle birlikte otomasyona kaydı yapılır, hastaya yeniden örnek vermesi için SMS ile bilgilendirme yapılır. Reddedilen örnekler ile ilgili klinik sorumluya elektronik ve sözlü olarak ret işlemi hakkında geri bildirim yapılır.

4.2. ANALİTİK SÜREÇ (ÖRNEKLERİN ÇALIŞILMASI):

• BL- TL019 Biyokimya ve İmmunanalizör Kullanım Talimatı, BL-TL026 Hemogram Cihazı Kullanım Talimatı, BL- TL027 Koagülasyon Cihazı Kullanım Talimatı, BL-TL020 HbA1c Cihazı Kullanım Talimatı, BL TL 028 Biyokimya Laboratuvarı İdrar Analizi Yapma Ve İdrar Analizörü Kullanma Talimatı, YB TL 004 Kan Gazı Cihazı Kullanım Talimatı gereği rutin çalışmaya başlamadan önce cihazların analize hazırlık işlemleri yapılır.

• Acil çalışılması gereken örneklere çalışmada öncelik verilir ve analiz sonuçları bekletilmeden onaylanır.

• Panik değer listesine ait bir test sonucu bulunursa BL-TL009 Kritik Limit Değerleri Kontrol Ve Bildirim Süreci Talimatı'na göre hareket edilir.

• Çalışılan herhangi bir teste ait sonuç hastanın kliniğine uymuyorsa hastadan yeni örnek alınarak analiz

tekrarlanır. • İdrar ve gaita örnekleri talimatlara uygun şekilde çalışılır.

• Cihazların bakımı sorumlu teknisyenler ve firmanın yetkili elemanları tarafından düzenli olarak yapılır ve bakım formları doldurulur, BL-PL004 Biyokimya Laboratuvarı Yıllık Cihaz Bakım ve Kalibrasyon Planı.

4.3. POSTANALİTİK SÜREÇ (SONUÇLARIN ONAYLANMASI VE ARŞİVLENMESİ):

• Test sonuçları otomasyon sistemine cihazlardan otomatik olarak aktarılır, manuel testlere ait sonuçlar ise çalışan tarafından sisteme girilir.

• Sonuçlar sorumlu uzman tarafından değerlendirildikten sonra onaylanır. Gerekli görülen durumlarda test tekrarı yapılır. • Panik (kritik) değerde bulunan sonuçlar için ilgili hekim hem HBYS üzerinden hem de SMS ile sonuç hakkında bilgilendirilir ve bildirim kayıt altına alınır.

• Akılcı Laboratuvar Kullanımı Projesi kapsamında:

➢ Hastaya verilecek olan tetkik sonuç raporlarının standardizasyonu yapılmış ve tetkik sonucu rapor formatı uygun şekilde oluşturulmuştur. Hasta sonuç raporlarında asgari hastane adı, testin yapıldığı laboratuvarın adı, hastanın adı soyadı, istemi yapan hekimin adı, soyadı, istemin yapıldığı tarih ve saat, numunenin ve testin adı, numunenin alındığı tarih ve saat, numunenin laboratuvara kabul edildiği tarih ve saat, sonuç değerinin birimi, referans aralığı ve karar sınırı, sonucun onaylandığı tarih ve saat yer almaktadır.

➢ Hasta rapor formatı laboratuvar uzmanının yorumlarının ekleneceği biçimde tasarlanmıştır.

➢ Tıbbi laboratuvar test sonuçlarına ait raporlarda, referans aralıkları ile birlikte Akılcı Laboratuvar Kullanımı prosedüründe belirtilen parametrelerin karar sınırları '*' sembolü ile işaretlenerek yer almaktadır.

➢ Tıbbi laboratuvar test raporlarında test birimlerinin standardizasyonu sağlanmıştır.

➢ Hasta raporlarında, hesaplama ile verilen tetkik sonuç raporunda kullanılan formülün adı yer almaktadır, örn. LDL için Friedwald formülü. Tahmini glomerüler filtrasyon hızı, serum kreatinin düzeyi ölçülen olgularda, erişkinler için CKD EPİ formülü, çocuklar için SCHWARTZ formülü ile raporlanmaktadır. HbA1c için % ve IFCC birim değeri kullanılmaktadır.

➢ Gerektiğinde konsültasyon istemi için HBYS üzerinden "klinisyen-tıbbi laboratuvar uzmanı","tıbbi laboratuvar uzmanı-klinisyen" arasında olmak üzere konsültasyon istemi yapılabilmektedir.

• Onaylanan sonuçlar poliklinik, acil servis ve kliniklerdeki bilgisayarlarda hasta sayfasında görülebilir. Hastalar tetkik sonuçlarını polikliniklerden, hastane web sayfası .....gov.tr adresine giriş yaparak ya da e-nabız uygulamasından alabilirler.

• Tetkik sonuçları tamamlanan hastalar SMS ile bilgilendirilir.

• Sonuç verme süreleri BL-LS005 Biyokimya Laboratuvarında Çalışılan Testler ve Sonuç Verme Süreleri, BL-LS 001 Laboratuvar Sonuç Verme Süreleri Listesi, BL-RH 002 Biyokimya Laboratuvarı Test Rehberi'nde tanımlanmıştır.

• Sonuç verme süreleri; numunelerin yetersiz ya da yanlış alınması, test tekrarları, otomasyon problemleri, cihaz teknik problemleri vb. gibi durumlarda değişebilir.

• Klinik tablo ile uyumsuz olduğu düşünülen sonuçlar için laboratuvarla iletişime geçilmeli ve hastadan alınan yeni örnek ile testin tekrarı yapılmalıdır.

• Testlerin referans aralıkları LBYS (Laboratuvar Bilgi Yönetim Sistemi)'de kayıtlı bulunmaktadır ve gerektiğinde sorumlu uzman tarafından güncellenir.

• Hasta sonuçları LBYS (Laboratuvar Bilgi Yönetim Sistemi)'de arşivlenmektedir.

5. HASTA ÖRNEKLERİNİN ANALİZ ÖNCESİ VE ANALİZ SONRASI SAKLANMASI:

• Hasta örneklerinin analiz öncesi ve analiz sonrası raporlandıktan sonra saklanması için BL-TL023 Biyokimya Laboratuvarı Hasta Örneklerinin Analize Hazırlanması ve Saklanması Talimatı' na göre hareket

edilir.

6. İÇ ve DIŞ KALİTE KONTROL ÖRNEKLERİNİN ÇALIŞILMASI ve DEĞERLENDİRİLMESİ:

• İç kalite kontrol örnekleri ilgili cihazlarda en az iki seviye olacak şekilde günlük olarak çalışılır, laboratuvar uzmanı tarafından kontrol edilir, uygun olmayan kontrol sonuçları varsa düzeltici faaliyetler uygulanır (BL-PL003 Biyokimya Laboratuvarı İç Kalite Kontrol ve Test Kalibrasyon Planı). İç kalite kontrol sonuçları otomasyon sistemi üzerinde arşivlenir.

• Dış Kalite Kontrol Programı'nın belirlediği takvim günlerinde program dahilinde olan testler için dış kalite kontrol örnekleri çalışılır. Analiz sonuçlarına ait değerlendirme raporu laboratuvara ulaştıktan sonra sorumlu uzman tarafından incelenir ve uygun olmayan analiz sonuçları için düzeltici faaliyetler yapılır (BL-PL002 Biyokimya Laboratuvarı Dış Kalite Kontrol Planı). BL-FR 009 Biyokimya Laboratuvarı Dış Kalite Kontrol Sonucu Değerlendirme Formu doldurulur. Sonuçlar dosyalanarak kayıt altına alınır.

• Gösterge yönetimi kapsamında:

- HSTN.GKG80 Biyokimya Laboratuvarı İç Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Oranı

- HSTN.GKG81 Biyokimya Laboratuvarı Dış Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Oranı aylık ve 3 (üç) aylık olarak değerlendirilmekte, gerektiğinde D.İ.F. başlatılmaktadır.

7. PANİK DEĞER BİLDİRİMİ:

• Panik değer listesine ait bir test sonucu bulunursa BL-TL009 Kritik Limit Değerleri Kontrol Ve Bildirim Süreci Talimatı'na göre hareket edilir.

• Testin analiz süreci gözden geçirilir ve test tekrarlanır. Tekrar sonuçları da panik değer listesinde ise testi isteyen hekime bilgilendirme yapılır.

• Test sonuçları hastanın kliniğine uygun değilse hastadan yeni örnek alınarak analiz tekrarlanır.

• Akılcı Laboratuvar Kullanımı Projesi Kapsamında:

➢ Panik değer listesi akılcı laboratuvar kullanımı kapsamında klinik hekimlerinin de önerileri değerlendirilerek oluşturulmuştur. ➢ Panik değerler HBYS üzerinde tanımlanmıştır, test sonucu çalışanı uyaracak şekilde pembe renkte işaretli olarak görülür. ➢ Laboratuvar tarafından panik değerlerin ilgili hekime hem HBYS üzerinden uyarı ile hem de SMS ile zamanında bildirimi sağlanır.

➢ Panik değer sonuçları hasta raporunda durum bölümünde K (yüksek/düşük kritik değer) olarak belirtilir.

➢ Panik değerlerin bildirimi HBYS üzerinde kayıt altına alınır. Kayıtlar; hastanın adı soyadı, protokol numarası, servisi, testin adı, panik değer sonucu, test sonucunun çıktığı tarih ve saat, bildirim yapan kişi, bildirim yapılan kişi, bildirimin yapıldığı tarih ve saat, bildirim şeklini kapsamaktadır.

8. LABORATUVAR HATA İZLEMİ:

• Laboratuvar hata izlemi BL.TL 011 Biyokimya Laboratuvarı Hata İzlem Kayıt ve Değerlendirme Talimatı'na göre yapılır. • Laboratuvara gelen örnekler BL-TL024 Biyokimya Laboratuvarı Örnek Kabul ve Ret Kriterleri Talimatı'na göre değerlendirilir. • Çalışma için uygun olan örnekler analize hazırlanırlar.

• Reddedilen örneklerin otomasyon sistemine örnek ret gerekçesi ile birlikte kayıtları yapılır.

• Çalışmaya uygun olmayan örneklerin aylık olarak preanalitik, analitik, postanalitik süreçte hata değerlendirilmesi yapılır, gerekirse düzeltici önleyici faaliyet uygulanır (BL-FR030 Biyokimya Laboratuvarı Aylık Performans Değerlendirme Formu).

• Gösterge yönetimi kapsamında

- HSTN.GKG78 Biyokimya Laboratuvarı Testlerinde Reddedilen Numune Oranı

- HSTN.GKG78 Biyokimya Laboratuvarı Hizmet Sürecinde Kaybolan Numune Oranı aylık ve 3 (üç) aylık olarak değerlendirilmekte, gerektiğinde D.İ.F. başlatılmaktadır.

9. BİYOKİMYA LABORATUVARINDA ÇALIŞILAN TESTLER VE SONUÇ VERME SÜRELERİ:

• Biyokimya laboratuvarında çalışılan testler, acil parametreler ile birlikte BL-LS001 Laboratuvar Sonuç Verme Süreleri, BL- LS005 Biyokimya Laboratuvarında Çalışılan Testler ve Sonuç Verme Süreleri, BL-RH 002 Biyokimya Laboratuvarı Test Rehberi'nde yer almaktadır.

- Laboratuvar sonuç verme süreleri ile acil servis sonuç verme süreleri SDS kapsamında aylık olarak değerlendirilmekte ve gerektiğinde D.İ.F. başlatılmaktadır.

10. CİHAZ BAKIMI VE GÜVENLİK:

• BL TL 0013 Biyokimya Laboratuvarı Malmeze Temini Takibi ve Depolanması Talimatı ve BL-PL004 Biyokimya Laboratuvarı Yıllık Cihaz Bakım ve Kalibrasyon Planı'na göre hareket edilir.

• Kullanıcı ve firma teknik servisi tarafından yapılan bakımlar kayıt altına alınır, ilgili dosyalarda arşivlenir . • Cihazlarla ilgili karşılaşılan sorunlarda cihaz kullanım kitapçığına başvurulur, sorun çözülemezse laboratuvar uzmanına ve teknik servise haber verilir.

11. DIŞ TETKİK TALEP VE HİZMET VERME İŞLEYİŞİ:

• BL-TL006 Hastane Dışında Yapılan Testler Talimatı'na göre hareket edilir.

• Dış laboratuvara gönderilen numunelerin transferi ve testlerin sonuçlandırılmasına dair süre analizleri SDS kapsamında aylık olarak değerlendirilmekte ve gerektiğinde D.İ.F. başlatılmaktadır.

12. ÇALIŞAN VE HASTA GÜVENLİĞİ:

• Laboratuvar içerisinde Laboratuvar Güvenlik Rehberi ile Çalışan ve Hasta Güvenliği Komitesi, Çalışan Güvenliği Birimi tarafından belirlenen kurallar ve alınan kararları kapsamında çalışılmalıdır.

• Laboratuvar çalışanları kurum tarafından düzenlenen tüm eğitimlere katılmakla yükümlüdür (BL-PL001 Biyokimya Laboratuvarı Birim İçi Eğitim Planı, EY PL 001 Kalite Eğitim Planı, EY PL 002 Uzaktan Eğitim Planı, EY PL 006 Yüzyüze Eğitim Planı, EY PL 010 ISG Uzaktan ve Yüzyüze Eğitim Planı, EY FR05-Eğitim Katılım Formu

• Yeni başlayan tüm laboratuvar çalışanları oryantasyon sürecinden geçer (EY-FR 009 Oryantasyon Eğitim Formu).

13. EĞİTİM:

• Laboratuvar çalışanlarının birimde ve kurumda düzenlenen eğitimlere katılımı zorunludur (BL-PL001 Biyokimya Laboratuvarı Birim İçi Eğitim Planı, EY PL 001 Kalite Eğitim Planı, EY PL 002 Uzaktan Eğitim Planı, EY PL 006 Yüzyüze Eğitim Planı, EY PL 010 ISG Uzaktan ve Yüzyüze Eğitim Planı, EY FR05-Eğitim Katılım Formu

14. MALZEME TEMİNİ VE TAKİBİ:

• Laboratuvarda kullanılan reaktifler ve sarf malzemelerin takibi ilgili bölümde çalışan teknisyenler tarafından yapılır, eksikler sorumlu laboratuvar teknisyenine ve uzmanına bildirilir.

• Tüm reaktifler ve sarf malzemeler buzdolabında ya da ilgili depolarda ambalaj ve prospektüs bilgilerine uygun olan ısıda saklanır.

• BL-TL013 Biyokimya Laboratuvarı Malzeme Temini Takibi ve Uygun Şartlarda Depolanması Talimatı' na göre hareket edilir.

15. LABORATUVAR TEMİZLİĞİ VE LABORATUVARDA ATIK YÖNETİMİ:

• Laboratuvar temizliği OH-PL045 Biyokimya Laboratuvarı Temizlik Planı'na göre yapılmakta ve denetlenmektedir. • Laboratuvar atıkları AY-PR 001Atık Yönetim Prosedürü, AY-PL 001 Sağlık Kuruluşu Tıbbi Atık Yönetim Planı gereği uygun şekilde ayrıştırılmakta ve görevliler tarafından toplanmaktadır.

16. İLGİLİ DOKÜMANLAR:

- Akılcı Laboratuvar Uygulamaları Projesi
- HB-TL004 Hasta Kimlik Tanımlama ve Doğrulama Talimatı
- HB RH 002 Kan Alma Rehberi
- BL-TL012 Numune Alma Talimatı
- BL-TL022 Kan Tüpleri Kullanım Talimatı
- BL-RH 002 Biyokimya Laboratuvarı Test Rehberi
- BL-YD 004 Oral Glukoz Yükleme Testi Hasta Bilgilendirme Kartı
- BL-YD 005 Gaita Örneği Alma Hasta Bilgilendirme Kartı
- BL-YD 006 24 Saatlik İdrar Biriktirme Hasta Bilgilendirme Kartı
- BL-TL025 Biyokimya Laboratuvarı Hasta Örneklerinin Toplanması ve Güvenli Transferi Talimatı
- BL-TL023 Biyokimya Laboratuvarı Hasta Örneklerinin Analize Hazırlanması ve Saklanması Talimatı
- BL-TL024 Biyokimya Laboratuvarı Örnek Kabul ve Ret Kriterleri Talimatı
- BL-TL019 Biyokimya ve İmmunanalizör Kullanım Talimatı
- BL-TL026 Hemogram Cihazı Kullanım Talimatı
- BL-TL027 Koagülasyon Cihazı Kullanım Talimatı
- BL-TL020 HbA1c Cihazı Kullanım Talimatı
- BL-TL 028 Biyokimya Laboratuvarı İdrar Analizi Yapma Ve İdrar Analizörü Kullanma Talimatı
- YB TL 004 Kan Gazı Cihazı Kullanım Talimatı
- Cihaz Kullanım Kılavuzları
- BL-TL009 Kritik Limit Değerleri Kontrol Ve Bildirim Süreci Talimatı
- BL-PL004 Biyokimya Laboratuvarı Yıllık Cihaz Bakım ve Kalibrasyon Planı
- BL-LS001 Laboratuvar Sonuç Verme Süreleri
- BL-LS005 Biyokimya Laboratuvarında Çalışılan Testler ve Sonuç Verme Süreleri
- BL-PL003 Biyokimya Laboratuvarı İç Kalite Kontrol ve Test Kalibrasyon Planı
- BL-PL002 Biyokimya Laboratuvarı Dış Kalite Kontrol Planı
- BL-FR 009 Biyokimya Laboratuvarı Dış Kalite Kontrol Sonucu Değerlendirme Formu
- BL.TL 011 Biyokimya Laboratuvarı Hata İzlem Kayıt ve Değerlendirme Talimatı
- BL-FR030 Biyokimya Laboratuvarı Aylık Performans Değerlendirme Formu
- BL-TL013 Biyokimya Laboratuvarı Malzeme Temini Takibi ve Uygun Şartlarda Depolanması Talimatı • BL-R001 Biyokimya Laboratuvarı Güvenlik Rehberi
- BL-TL006 Hastane Dışında Yapılan Testler Talimatı
- BL-PL001 Biyokimya Laboratuvarı Birim İçi Eğitim Planı
- EY PL 001 Kalite Eğitim Planı

- EY PL 002 Uzaktan Eğitim Planı
- EY PL 006 Yüzyüze Eğitim Planı
- EY PL 010 ISG Uzaktan ve Yüzyüze Eğitim Planı
- EY FR05-Eğitim Katılım Formu
- EY-FR 009 Oryantasyon Eğitim Formu
- AY-PL 001 Sağlık Kuruluşu Tıbbi Atık Yönetim Planı
- OH-PL045 Biyokimya Laboratuvarı Temizlik Planı
- AY-PR 001Atık Yönetim Prosedürü
- Sağlık Tesisi Değerlendirme Yönergesi