



HASTA GÜVENLİ PROSEDÜRÜ

DOKÜMAN NO	KY.PR.02
YAYIN TAR H	25.02.2015
REV ZYON NO	01
REV ZYON TAR.	10.11.2016
SAYFA	1 / 4

1. AMAÇ: Bu prosedürün amacı, sa lık kurum ve kurulu larında hasta güvenli i ile ilgili risklerin azaltılması için hasta güvenli i kültürünün geli tirilmesine ve yaygınla tırılmasına, bunu tesis edecek uygun yöntem ve tekniklerin belirlenmesine, hasta güvenli i konusunda geli tirilen iyi uygulama örneklerinin yaygınla tırılmasına, hizmet içi e itim yoluyla personelin farkındalı mın ve niteliklerinin artırılmasına, hasta güvenli i ile ilgili raporlama sistemlerinin olu turulmasına, hasta bakım ve tedavi sürecinin güvenlik ve kalitesinin artırılmasına, hastaların sa lık hizmeti sunum sürecinde kar ılaabilecekleri muhtemel risk ve zararlardan korunmasına yönelik, usul ve esasları düzenlemektir.

2. KAPSAM: Bu prosedür, tüm birimlerde çalı an sa lık personellerini kapsar.

3. KISALTMALAR:-

4.TANIMLAR: --

5. SORUMLULAR:

- Ba hekim
- İgili Ba hekim Yardımcıları
- İgili Ö retim Üyeleri
- İgili Müdürlükler
- Kalite Yönetim Direktörü
- Kalite Yönetim Birimi
- Hasta Güvenli i Komitesi

6. FAAL YET AKI I:

6.1.HASTA GÜVENLİ :

6.1.1.Hasta ve çalı an güvenli i çalı maları 29.04.2009 tarihli ve 27214 sayılı resmi gazetede yayınlanan Sa lık Kurum ve Kurulu larında Hasta ve Çalı an Güvenli inin Sa lanması ve Korunmasına İli kin Usul ve Esaslar Hakkında Tebli esas alınarak ba latılmı ve 06.04.2011 tarihli Hasta ve Çalı an Güvenli i yönetmeli i ile son halini almı tır.

6.2.HASTA GÜVENLİ KOMİTESİ :

- Komite hastanenin belirledi i bir ekip ve hastane yönetiminden bir ki iden olu ur.

6.2.1. De erlendirilecek Hususlar: Ekip, düzenli aralıklarla üç ayda bir kez olmak üzere toplanır, çalı malarını ve yapılan toplantıları kayıt altına alır. Bu ekip hastanede hasta güvenli i ile ilgili durum tespiti yapar, hasta için olası riskleri belirler, düzeltici önleyici faaliyet planları yapar ve bu planları hastane idaresi ile birlikte gerçekleştirir.

6.2.2.Hasta Güvenli i Komitesinin Görev alanları;

- Hastaların do ru kimliklendirilmesi
- Çalı anlar arasında etkili ileti im ortamının sa lanması
- İlaç güvenli inin sa lanması
- Transfüzyon güvenli inin sa lanması
- Radyasyon güvenli inin sa lanması
- Dü melerden kaynaklanan risklerin azaltılması
- Güvenli cerrahi uygulamalarının sa lanması
- Tıbbi cihaz güvenli inin sa lanması
- Hasta mahremiyetinin sa lanması
- Hastaların güvenli transferi
- Hasta bilgileri ve kayıtlarının sa lık çalı anları arasında güvenli bir ekilde devredilmesi
- Bilgi güvenli inin sa lanması
- Enfeksiyonların önlenmesi
- Laboratuvarda hasta güvenli inin sa lanması konularını kapsar.

6.3.HASTALARIN DO RU K ML KLEND R LMESİ :

Hastanemizde tetkik, tedavi, cerrahi giri imler ile giri imsel i lemler öncesinde ve ilaç, kan ve kan ürünü uygulamalarından önce, klinik testler için numune alımında ve hasta transferinde kimlik do rulama i lemi gerçekleştirilir. Hasta kimlik tanımlama ve do rulama i leminde hasta kol bandı kullanılır. Hasta kimlik tanımlama i leminde kullanılan barkotlu kol bandında;

- 1) Protokol numarası
- 2) Doktor Adı
- 3) TC Kimlik No
- 4) Do um Yeri
- 5) Hasta adı- soyadı,



HASTA GÜVENLİ PROSEDÜRÜ

DOKÜMAN NO	KY.PR.02
YAYIN TARİHİ	25.02.2015
REVİZYON NO	01
REVİZYON TARİHİ	10.11.2016
SAYFA	2 / 4

6) Doz tarihi (gün-ay-yıl) bulunur.

Hasta yatı larında 5 ayrı renkte kimlik tanımlama bilekleri kullanılır. Renkli bileklik uygulamasında; Hasta Kimlik Bilgilerinin Tanımlanması ve Dozlarının Belirlenmesi Prosedürü de dahilinde uygulama yapılır.

6.4. ÇALIŞANLAR ARASINDA ETKİLEMLERİNİN SAĞLANMASI:

a) Hasta bakım ve tedavi sürecinde sözlü/telefon talimatlarının verilmesi ve alınmasında;

1) Sözlü talimatlar, steril girişimler sırasında, hekimin hastanede ya da serviste olmadığı durumlar ile acil olarak ilaç verilmesi gerekli olan durumlarda verilir.

2) Sözlü / telefon talimatının alınması sırasında ilacın ismi, dozu, uygulama şekli ve verilme sıklığı açık olarak belirtilir.

3) Sözlü / telefon talimatı alınırken önce talimat yazılır, yazılan talimat daha sonra geri okunur ve dozu talimatı veren kişiye onaylatılır, lüzumu halinde verilen ilaç adının kodlama yöntemi ile tekrar edilmesi istenir.

b) Sözlü/telefon talimatlarının kaydında;

1) Talimatı veren hekimin adı ve soyadı, talimatın alındığı tarih ve saat Sözlü ve Telefonla Order Alma Talimatları Formuna kaydedilir.

2) Talimatların altına “sözlü talimat” veya “telefon talimatı” olarak yazılır.

3) Sözlü ve Telefonla Order Alma Talimatları Formu, sözlü talimatı veren hekim tarafından 24 saat içinde imzalanır ve hasta dosyasına geçirilir.

4) Talimatı veren hekim 24 saat içinde ulaşılamadığı takdirde Sözlü ve Telefonla Order Alma Talimatları Formu, hastayı devralan servis hekimi tarafından onaylanır ve hasta dosyasına geçirilir.

5) Telefon talimatları kayıt altına alınır.

6) Yüksek Riskli İlaçlar Listesi Formundaki ilaçların uygulanmasında sözlü / telefon talimatı kabul edilmez.

6.5. İLAÇ GÜVENLİLİĞİNİN SAĞLANMASI

Hastaya uygulanacak bütün tedavilerde, ilaçların uygulanmasında İlaç Güvenliği ve Yönetimi Prosedürü sürecine göre yapılır. Hastanın tedavi planı, ilaç dozu, zamanı ve uygulama şekli içerecek şekilde okunaklı olarak her bir hasta tabelasına hastanın kendi hekimi tarafından yazılır, kağıt olarak imzalanır. Hastanın yatışı öncesi aldığı bakım sürecinde ve taburcu olduktan sonra kullanılacak ilaçlar Hemirelik Hizmetleri Hasta Tanılama/Önde erlendirme Formu, İlaç Karteksi ve Taburcu Belgesi'ne kaydedilir, aslı hasta dosyasına verilir, bir örneği hastaya verilir. Eczaneden ilaçların hasta bazlı çıkması sağlanır. İlaçların ismi, dozu, son kullanma tarihi okunur olması sağlanır. Hastaya verilen ilaçlar kapalı kaplarda ve kişiye özel olarak hazırlanır. Kaplarda hastanın kimlik tanımlayıcı bilgileri bulunur. Hemirelik hekimin tedavi planını hemirelik gözlem formuna ve ilaç kartesine kaydeder. İlaçlar hastaya hemirelik tarafından uygulanır. Stajyerlerin ilaç uygulamaları da hemirelik gözetiminde olmalıdır. İlgili hekim hasta tabelasına ilaç isimlerini kısaltarak yazmamalıdır. İlaç Uygulamalarında Kullanılmaması Gereken Kısaltmalar Listesi belirlenmiştir ve buna göre uygulama yapılır. Yazılı ilaç okunuşu u- ambalajı benzer ilaçlar, yüksek riskli ilaçlar, pediatrik dozda kullanılacak ilaçlar, ilaç yan etki bildirimine ait uygulamalar listeler gereğince yapılır.

6.6.GÜVENLİ TRANSFÜZYON

Güvenli transfüzyon uygulamaları Transfüzyon Merkezinde Süreçlerin İzlenmesi Prosedürüne göre yapılır. Kan istemi hekim tarafından istenip, order edilir.

a) Transfüzyon öncesi, kan bankasından gelen kan ve kan ürününün türü ve miktarı, cross-match kayıtları ve kimlik bilgileri iki kişilik personeli tarafından kontrol edilir ve ürünün planlanan verilme süresi dozu belirlenir. Kan Transfüzyonu Bilgilendirilme Onam Formu hasta veya hasta yakınına mutlaka okutulup imzalatılır.

b) Transfüzyon sürecinde; ilk 15 dakikası kişilik çalışanın tarafından gözlenir, her 15 dakikada bir hastanın vital bulguları izlenip Kan Bileşeni Transfer ve Transfüzyon Takip Formu doldurulup imzalanır.

6.7.RADYASYON GÜVENLİLİĞİ

Hasta ve hasta yakınları, hastane çalışanlarının radyasyondan korunmasına yönelik alınacak tedbirler mevcuttur. Radyasyona tabi çalışan kişiler Radyasyon Güvenliği Yönetmeliğine uygun çalışır. Burada önemli olan cihazların güvenlik kontrollerinin yapılması ve uygulamalar sırasında hastanın fazla radyasyon almasının önlenmesidir. Özellikle gonad ve tiroid koruyucular ile kurulum yelek kullanılmasına dikkat edilir. Kurulum yeleklerin 6 ayda bir çekim yapılarak geçirgenlikleri kontrol edilir. Geçirgenliği uygunsuz olanların kullanımdan kaldırılması sağlanır.

6.8.DÜŞÜK RİSKLİ HASTALARIN RİSKİNİN AZALTILMASI

Hastane içerisinde düşük riskli bulunan hastalar, Hemirelik Hizmetleri Hasta Tanılama / Önde erlendirme Formu doldurulması esnasında belirlenir. 0-16 yaş grubundaki hastalar için Harizmi Düşük Riskli Ölçeği yeti kin hastalar için tiki Düşük Riskli Ölçeği düzenlenerek düşük riskli yönünden de erlendirilir. Hasta düşük riskli de erlendirmesi sonucunda yeti kin hastalarda 5 ve 5'in üstü ayrıca 0-16 yaş grubu için de erlendirme puanı 15



HASTA GÜVENLİ PROSEDÜRÜ

DOKÜMAN NO	KY.PR.02
YAYIN TAR H	25.02.2015
REV ZYON NO	01
REV ZYON TAR.	10.11.2016
SAYFA	3 / 4

ve üstünde olan hastalar yüksek riskli kabul edilmeli dört yapraklı yonca figürüyle tanımlanmalı ve bu tanımlayıcı hasta yatağının başında bulundurulmalıdır. Hasta tek kişilik odada kalıyorsa hasta odasının girişinde bulundurulmalıdır. Aynı odada birden fazla hastanın yatıyor olması durumunda dört yapraklı yonca sembolü yatağın başında olmalıdır. Yoğun bakım bölümlerinde yatan tüm çocuk hastalar yüksek riskli kabul edilmeli, ancak 4 yapraklı yonca figürü kullanılmamalıdır. Alınan tüm tedbirlere rağmen hasta düerse Düzenli Hasta Bildirim Formu HBYS üzerinden doldurularak, en kısa zamanda kalite yönetim birimine bildirim yapılır, olay ile ilgili gerekli düzeltici önleyici çalışmalar başlatılır. Düzenli hasta ilgili sorumlu hekimi, nöbetçi uzman hekim veya klinik durumunun gerektirdiği uzman hekim tarafından değerlendirilir. Bildirim Hasta Güvenliği Komitesine yazılı olarak raporlama amacıyla gönderilir.

6.9.GÜVENLİ CERRAHİ UYGULAMALARININ SAĞLANMASI

Güvenli cerrahi uygulamaları için alınması gereken tedbirler şunlardır:

a) Cerrahi işlem güvenli için;

- 1) Ameliyathanedeki tüm cihaz ve ısı kaynaklarının periyodik bakım ve kalibrasyonlarının yapılması sağlanır ve ameliyat öncesi son teknik kontrolleri yapılır.
- 2) Hatalı gaz ve gaz karışımının verilmesini önlemek amacıyla, ameliyat öncesi gerekli kontroller yapılır.
- 3) Cerrahi işleme başlamadan önce tüm ekipmanların mevcut ve fonksiyonel olduğu serviste kontrol edilir.
- 4) Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi; kontrol listesi sorumlusu tarafından anestezi verilmeden önce, ameliyat kesisinden önce ve ameliyathaneden çıkmadan önce uygulanır. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi hasta dosyasında saklanır.

b) Yanlış hasta ve yanlış taraf cerrahi uygulamalarının önlenmesinde

- 1) Cerrahi işlemlerin, Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenen hasta güvenliği çözümlerine ve evrensel protokole uygunluğunun sağlanması esastır.
- 2) Ameliyat öncesi serviste hasta ile ilgili son kontroller doktor tarafından yapılarak hastanın katılımıyla gerçekleştirilir.
- 3) Hastaya ameliyat öncesi servis hemşiresi tarafından kimlik doğrulama işlemi yapılır ve hasta, dosyası ile birlikte görevli refakatinde ameliyathaneye gönderilir.
- 4) Hasta ameliyathaneye kabul edilirken, ameliyathane hemşiresi ve anestezi teknisyeni tarafından kimlik doğrulama işlemi yapılarak beraberce teslim alınır.

c) Cerrahi işlemlerde yanlış tarafta ameliyat yapılmasını önlemek için uygulanacak kurallar şunlardır;

- 1) Yanlış tarafta ameliyat için cerrahi tarafta ameliyat kalemi kullanılır.
- 2) Yanlış tarafta ameliyat için ameliyat kalemi kullanılmaz.
- 3) Yanlış tarafta ameliyat bölgesine veya yakınına belirgin ve silik olmayacak şekilde etiket konulur. Diğer bakım süreçleri için gerekmedikçe ameliyat edilmeyecek bölgeler işaretlenmez.
- 4) Yanlış tarafta ameliyat mutlaka hastanın uyanık ve bilinçli olduğu zaman diliminde kimlik doğrulama yapılarak yapılır.
- 5) Çoklu yatay yapılar (el ve ayak parmakları ve lezyonlar) veya çoklu düzeylerde en uygun ve en yakın bölge işaretlenir.
- 6) Göz tarafta ameliyat için kağıt üzeri kullanılır.
- 7) Tek organ vakaları (sezaryen bölgesi, kalp cerrahisi gibi), müdahaleler sırasında, kateter ve enstrümanların takılmasında, cerrahi prosedürün tasarlandığı açık yara ve lezyonlarda, acil müdahalelerde, prematüre bebeklerle ilgili müdahalelerde işaretlenmez.

ç) Elektro cerrahi, lazer ve diğer elektrikli cihazlarla yapılan işlemlerde cerrahi yanıkların oluşmasını önlemek için cihazların kullanımında dikkat edilecek hususlar şunlardır:

- 1) Cihazın kalibrasyon periyodu belirlenir ve sadece kalibrasyonlu cihazlar kullanılır.
- 2) Özellikle koter cihazları için ekonomik kullanım ömrü belirlenir ve bu süre sonunda demirbağ kayından değiştirilir.
- 3) Üretici firmanın belirttiği bakım aralıklarında bakım yapılır (altı aylık veya yıllık).

d) Cerrahi işlem sürecinde dikkat edilecek hususlar şunlardır:

- 1) Cihazların teknik kontrolünde kabloların yeterli uzunlukta olduğu ve bağlantıların doğru kullanılıp kullanılmadığı kontrol edilir.
- 2) Hastanın ekstremiteleri metal masa kısmıyla temas etmemelidir.
- 3) Hastanın altında sıvı birikmesi önlenir.
- 4) İşlem yapılacak bölgenin nem oranı % 50 seviyesinde tutulur.



HASTA GÜVENLİ PROSEDÜRÜ

DOKÜMAN NO	KY.PR.02
YAYIN TARİHİ	25.02.2015
REVİZYON NO	01
REVİZYON TARİHİ	10.11.2016
SAYFA	4 / 4

6.10.TIBBİ CİHAZ GÜVENLİ

Hastanemizde Tesis Güvenli i komitesi altında tıbbi cihaz yönetiminden sorumlu ekip oluşturulmuştur. Tıbbi cihazların bölüm bazında envanteri bulunur. Tıbbi cihazların bakım, onarım, ölçme, ayar ve kalibrasyonlarına yönelik plan oluşturularak plan dahilinde uygulama yapılır.

6.11.HASTA MAHREMİYETİNİN SAĞLAMAYA YÖNELİK

Hastalarımızın hastanede buldukları sürece ve hizmet sunumu sırasında mahremiyetini sağlamaya yönelik gerekli standartlar belirlenmiş ve Hasta Mahremiyetini Sağlamaya Yönelik Talimat oluşturulmuştur.

6.12.HASTALARIN GÜVENLİ TRANSFERİ

Hastalarımızın hastanede buldukları sürece bölümler arası transferi, hastanedeki ve özellikli hasta transferine yönelik kurallar belirlenmiş, transfer sırasında nelere dikkat edileceği ve transfer aracı ile ilgili konularla Hastaların Güvenli Transferi Prosedüründe tanımlanmıştır.

6.13.HASTA BİLGİLERİ VE KAYITLARININ SAĞLIK ÇALIŞANLARI ARASINDA GÜVENLİ BİR EKLEME DEVREDİLMESİ

Hastalarımızın hastanede bulunan kayıt ve bilgileri Arşiv yönetmeliği maddeleri esas alınarak sağlanmaktadır.

6.14.BİLGİ GÜVENLİ

Hastanemizde, hizmetin sunumu için gerekli olan ve hastalarımıza ait özel ve hastalıklarıyla ilgili bilgiler gizlidir. Bu bilgiler otomasyon sisteminde ve hasta dosyalarında muhafaza edilir.

Bu bilgi ve belgeler; hastalarımızın yazılı izni olmadan (yasal artılar hariç) hiç kimse veya kuruluşa verilemez, temin edilen bilgiler açıklanamaz. Bütün süreç Bilgi Güvenliği Prosedürüne göre yapılır.

6.15.ENFEKSİYONLARIN KONTROLÜ VE ÖNLENMESİ

Hastalarımızın hastanede buldukları sürece maruz kalabilecekleri enfeksiyon riskine karşı alınacak önlemler "Enfeksiyon Kontrol Komitesi" tarafından belirlenir. Enfeksiyon riskine karşı alınacak önlemler ilgili talimatlarda ayrıntılarıyla belirtilmiştir.

El hijyeni hem hasta hem de çalışan güvenliği açısından çok önemli olup, ilgili talimatlarla enfeksiyonların ve çapraz bulaşmaların önlenmesi amacıyla sağlık personelinin uygun el temizliği ve eldiven kullanma yöntemleri belirlenmiştir. Hastane enfeksiyonlarının rutin sürveyansı enfeksiyon kontrol hemiresi tarafından yapılarak UHESA'ya kaydedilir.

6.16.LABORATUVARDA HASTA GÜVENLİ NİN SAĞLAMAYA YÖNELİK

Hastalarımızın hastane laboratuvarlarında hasta güvenliği sağlamaya yönelik talimatlar oluşturulmuş olup, süreç talimatlar çerçevesinde sağlanmaktadır.

7. BİLGİ GÜVENLİ DOKÜMANLAR

- Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ
- Hasta ve Çalışan Güvenliği Yönetmeliği
- Hasta Kimlik Bilgilerinin Tanımlanması ve Doğrulması Prosedürü
- Yüksek Riskli İlaçlar Listesi
- Sözel Order Sistemi ve Uyulması Gereken Kurallar Talimatı
- İlaç Uygulamalarında Kullanılmaması Gereken Kısaltmalar Listesi
- Hemirelik Hizmetleri Hasta Tanılama/ Öndeğerlendirme Formu
- İlaç Karteksi
- Taburculuk Formu
- İlaç Güvenliği ve Yönetimi Prosedürü
- Kan Bileşeni Transfer ve Transfüzyon Takip Formu
- Kan Transfüzyonu Bilgilendirilmiş Onam Formu
- Transfüzyon Merkezinde Süreçlerin İzlenmesi Prosedürü
- Düzenli Hasta Bildirim Formu
- Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi
- Düzeltici-Önleyici Faaliyet Formu
- Bilgi Güvenliği Prosedürü
- Hastaların Güvenli Transferi Prosedürü

HAZIRLAYAN KALİTE YÖNETİM BİRİMİ SORUMLUSU	KONTROL EDEN KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ	ONAYLAYAN BAŞHEKİM
---	--	-------------------------------------