



# TESİS GÜVENLİK PROSEDÜRÜ

DOKÜMAN NO	KY.PR.04
YAYIN TARİHİ	25.02.2015
REVİZYON NO	01
REVİZYON TARİHİ	04.08.2017
SAYFA	1 / 2

**1. AMAÇ:** Hastanemizde etkin olarak denetim ve kontrolün sağlanması, önem ifade eden kritik bölgelerde oluşabilecek risk ve tehlikelerin önlenmesi ve güvenlik faaliyetlerinin doğru olarak planlanması için yöntem belirlemektir.

**2. KAPSAM:** Hastanemizin bütünüdür.

**3. KISALTMALAR:** -

- UPS : Kesintisiz Güç Kaynağı

**4. TANIMLAR:** -

**5. SORUMLULUKLAR**

- Baş hekim
- Kalite Yönetim Direktörü
- Tesis Güvenlik Komitesi
- Tüm çalışanlar

**6. UYGULAMA**

**6.1. TESİS GÜVENLİK KOMİTESİ ÇALIŞMALARI:**

**Tesis Güvenlik Komitesi;**

- Komite hastanenin belirlediği bir ekip ve hastane yönetiminden bir kişiden oluşur.

**Komite nin asgari görev tanımları;**

- Bina turlarından elde edilen verilerin değerlendirilmesi,
- Hastane alt yapı güvenliğinin sağlanması,
- Kurumda can ve mal güvenliğinin sağlanması,
- Acil durum ve afet yönetimi çalışmaları,
- Atık yönetimi çalışmaları,
- Tıbbi cihazların bakım, onarım, ölçme, ayar ve kalibrasyon planlarını ve kalibrasyonlarının yapılması,
- Tehlikeli maddelerin yönetimi konularını kapsayan çalışmaları kontrol eder.

Komite 3 ayda bir toplanır.

**6.2. BİNALARIN TURLARI:**

**6.2.1.** Bina turlarında hastanedeki fiziksel durum ve ilgili ile ilgili aksaklıklar tespit edilir. Bina turları Baş hekimliğin uygun gördüğü bir ekip tarafından yapılır. En az 3 ayda bir yapılır.

Her birim için düzenlenmiş bina turları ve iyileştirme faaliyetleri formu ile bina turları yapılır. Görülen aksaklıklar ilgili birim ekibi ve birim sorumluları tarafından arıza bildirim ya da Düzeltici ve Önleyici Faaliyet Formu düzenlenerek giderilir.

**6.3. HASTANE ALT YAPILARININ GÜVENLİĞİNİN SAĞLANMASI:**

**6.3.1.** Hastanemizde su deposu bakımının yapılarak, kayıtlarının muhafazasından Yapı İşleri Daire Başkanlığı, Biyomedikal ve Destek Hizmetleri Müdür Yardımcısı, Isı Merkezi ve Tesisat Atölyesi sorumludur. Su sistemlerindeki arızalar tesisat atölyesi ve Isı Merkezi tarafından giderilmekte veya taahhüt ihale edilerek kontrol edilmektedir.

**6.3.2.** Elektrik sisteminin diğer ebeke bağlantıları, dağıtım koordinasyonu ve yenilenmesi yapı işleri daire başkanlığı, bina bağlantıları, jeneratörler ve bakım onarımlarından müdür yardımcısı ve elektrik atölyesi sorumlu olup, onarım ve arızaların giderilmesi taahhüt ihale edilerek yapılmakta, kontrolü gerçekleştirilmektedir. Bakım onarımdan Biyomedikal ve Destek Hizmetleri Müdür Yardımcısı ve teknik servis sorumludur. Elektrik ve su sisteminde meydana gelebilecek arızalar, birimler tarafından Bakım Onarım Talep Formu ile teknik servise başvuru yapılarak talep edilmektedir. Elektrik kesintisi olması durumunda jeneratörlerimiz 10 sn. içerisinde devreye girmekte ve elektrik ihtiyacı bu şekilde giderilmektedir.

**6.3.3.** Jeneratörlerin bakım ve kontrollerinden, ilgili durumda olmasından Biyomedikal ve Destek Hizmetleri Müdür Yardımcısı ve teknik servis sorumludur. Jeneratörlerin periyodik bakımları planlanmaktadır.

**6.3.4.** Hastanemizde UPS (kesintisiz güç kaynağı) cihazı bulunmaktadır. Cihaz bakımları yapılmakta, kayıtları ilgili birimde muhafaza edilmektedir.

**6.3.5.** Hastanemiz medikal gaz sisteminin bakım ve kontrollerinden Biyomedikal ve Destek Hizmetleri Müdür Yardımcısı ve teknik servis sorumludur. Medikal gaz sistemi ile ilgili tespit edilen arızalar teknik servis tarafından veya taahhüt ihale edilerek yapılmakta veya dışarıdan hizmet alımı gerçekleştirilerek yapılmakta, kontrol edilmektedir. Medikal gaz sisteminde meydana gelebilecek arızalarda birimler tarafından Bakım Onarım Talep Formu ile teknik servise başvuru yapılarak talep edilmektedir. Kayıtlar ilgili birimde muhafaza edilmektedir.

**6.4. KURUMDA CAN VE MAL GÜVENLİĞİNİN SAĞLANMASI:**

**6.4.1.** Hırsızlık, kavgaya ve çıkabilecek kargaşaları önlemek ve gerektiğinde müdahale etmek üzere güvenlik personeli görev yerlerinde hazır bulunur.

**6.4.2.** Hastanemiz 24 saat güvenlik kamerası ile izlenmektedir.

**6.4.3.** Tüm cihazların bakım ve onarımları TS-EN-ISO/IEC 17025 Standardına göre yapılır.

**6.4.4.** Personele yönelik gerçekleştirilecek saldırılara karşı Beyaz Kod Yönetim Prosedürü'ne göre işlem yapılır.



# TES S GÜVENLİ PROSEDÜRÜ

DOKÜMAN NO	KY.PR.04
YAYIN TAR H	25.02.2015
REV ZYON NO	01
REV ZYON TAR.	04.08.2017
SAYFA	2 / 2

6.4.5. Kuruma alınan malzemelerin güvenli bir şekilde alınması ilgili talimatlara göre yapılır.

## 6.5. ACIL DURUM VE AFET YÖNETİM ÇALIŞMALARI:

6.5.1. Hastanemizde acil durumlara yönelik faaliyetler Hastane Afet Planına göre yönetilmektedir.

6.5.2. Acil durum; hasta güvenli i ile ilgiliyse Hasta Güvenli i Prosedürü, Çalışan Güvenli i ile ilgiliyse Çalışan Güvenli i Prosedürüne göre i lem yapılır.

6.5.3. Hastanemiz Sivil Savunma Uzmanı ve Acil Durum ve Afet Birimi tarafından hastaneye ait Acil Durum Eylem Planı hazırlanır. Bu planlar hazırlanırken hastanenin mahalli şartları, yasal ve diğer şartlar dikkate alınır. Planlarda muhtemel kazalar/olaylar ve acil durumların tanımı, acil durumlarda görevli personelin sorumluluk ve yetkileri, tahliye i lemleri, resmi makamlarla, komu larla ve halkla ileti mi, hayati öneme sahip kayıtların ve teçhizatın korunmasını ve acil durum /kaza/olay esnasındaki gerekli bilgiler yer alır.

6.5.4. Hastanedeki tüm personele Sivil Savunma Uzmanı ( tfaie amirli i) tarafından yangın e itimleri verilir. Yılda bir kez yangın ve tahliye tatbikatı yapılır.

## 6.6. ATIKLARIN YÖNETİMİ

6.6.1. Hastanede faaliyetler sırasında kullanılan tehlikeli kimyasalların çevreye ve insan sa lı na zarar verecek durumları ortadan kaldırmak için Atık Yönetimi Prosedürü uygulanmaktadır. Kimyasalların tehlike durumlarının ve güvenlik tanımlarını içeren ve kimyasalların en uygun miktarda nasıl kullanılacağını tanımlayan Birimlerden Gelen Atıkların Sınıflandırılması Planı olu turulmu , kimyasalları kullanan ki iler tarafından ö renilmesi için kullanım alanlarına asılması sa lanmı tır.

6.6.2. Hastane faaliyetleri sonucu olu an atıkların uygun şekilde ayrı tırılarak toplanması ve bertarafı 2872 sayılı Çevre Kanunu ve bu kanun çerçevesinde hazırlanan 22/07/2005 tarih ve 25883 sayılı resmi gazetede yayınlanarak yürürlü e giren Tıbbi Atık Yönetmeli ne göre yapılır. Bunun için hastanemizde Birimlerden Gelen Atıkların Sınıflandırılması Planı, Birim Atık Ayrım Planı ve Atık Yönetimi Prosedürüne uyulur ve kayıt altına alınır.

6.6.3. Ayrıca, hastanemizde kullanılan ka ıtlar birimlere konan atık ka ıt kutularında toplanır ve yetkililer tarafından alınması sa lanır.

## 6.7. TIBBİ CİHAZLARIN BAKIM, ONARIM, ÖLÇME, AYAR VE KALİBRASYON PLANLARININ VE KALİBRASYONLARININ YAPILMASI

6.7.1. Hastanede bulunan tıbbi cihazlar için kullanma ve bakım talimatları hazırlanmış olup cihazların bulunduğu birimlerde bulunması sa lanmı tır.

6.7.2. Hastanemizde kalibrasyonu yapılabilen cihazların kalibrasyonları TS-EN-ISO/IEC 17025 Standardına ve Sağlık Bakanlığı kalibrasyon yönetmeliklerine göre yapılmaktadır.

## 6.8. TEHLİKELİ MADDELERİN YÖNETİMİ

6.8.1. Tehlikeli maddelerle ilgili alınacak önlemler Tehlikeli Maddelerin Kullanımı, Kontrolü, Depolanması ve Transferi Prosedüründe tanımlanmı tır.

6.8.2. Hastalarla ve i leyi düzeni ile ilgili karıla ılan her türlü aksaklıkla bir daha karıla ılmaması için duruma uygun olarak Düzeltici ve Önleyici Faaliyetler ba latılır.

## 7. İLGİLİ DOKÜMANLAR

- Tehlikeli Maddelerin Kullanımı, Kontrolü, Depolanması ve Transferi Prosedürü
- Birimlerden Gelen Atıkların Sınıflandırılması Planı
- Birim Atık Ayrım Planı
- Çevre Kanunu
- Atık Yönetimi Prosedürü
- Hasta Güvenli i Prosedürü
- Çalışan Güvenli i Prosedürü
- Beyaz Kod Yönetim Prosedürü
- Tıbbi Atık Yönetmeli i
- Bakım Onarım Talep Formu

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