



**SAĞLIK TEKNİSYENLERİ BÖLÜM UYUM
REHBERİ (Radyoloji, Laboratuvar, Anestezi, Odyolog,
Sağlık Fizikçisi, Sterilizasyon Çal.)**

DOKÜMAN NO	EY.RH.07
YAYIN TARİHİ	23.03.2015
REVİZYON NO	03
REVİZYON TAR.	21.09.2022
SAYFA	1 / 12





**SAĞLIK TEKNİSYENLERİ BÖLÜM UYUM
REHBERİ (Radyoloji, Laboratuvar, Anestezi, Odyolog,
Sağlık Fizikçisi, Sterilizasyon Çal.)**

DOKÜMAN NO	EY.RH.07
YAYIN TARİHİ	23.03.2015
REVİZYON NO	03
REVİZYON TAR.	21.09.2022
SAYFA	2 / 12

İÇİNDEKİLER

1. Bölüm Yöneticisi ve Çalışanları
2. Bölümün Fiziki Yapısı
3. Bölümün Faaliyetleri ve İşleyişi
4. Çalışanın Bölümdeki Görev, Yetki ve Sorumlulukları
5. Uyulması Gereken Genel Disiplin Kuralları
6. Bölüme Yönelik Yazılı Düzenlemeler
7. Bölüm İle İlgili Genel İşleyişler
8. Sağlıkta Kalite Standartları
9. Hastane Otomasyon Sistemi
10. Hasta ve Çalışan Güvenliği
11. Kişisel Koruyucu Ekipman Kullanımı
12. İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi
13. Renkli Kodlar
14. Göstergelerin İzlenmesi



SAĞLIK TEKNİSYENLERİ BÖLÜM UYUM REHBERİ (Radyoloji, Laboratuvar, Anestezi, Odyolog, Sağlık Fizikçisi, Sterilizasyon Çal.)

DOKÜMAN NO	EY.RH.07
YAYIN TARİHİ	23.03.2015
REVİZYON NO	03
REVİZYON TAR.	21.09.2022
SAYFA	3 / 12

1. BÖLÜM YÖNETİCİ VE ÇALIŞANLARI

Hastanede çalışan Radyoloji, Laboratuvar, Anestezi, Odyolog, Sağlık Fizikçisi, Sterilizasyon teknisyenlerinin disiplin amiri Sağlık Hizmetleri Müdürü, üst disiplin amiri Hastane Başmüdürüdür.

Bölüm Yönetim Zinciri:

1. Hastane Başmüdürü
2. Sağlık Hizmetleri Müdürü
3. Sağlık Hizmetleri Müdür Yrd.
4. Bölüm Sorumlu Teknisyeni
5. Bölüm Sorumlu Hemşiresi

2. BÖLÜMÜN FİZİKİ YAPISI

- Servislerimizde; özel oda, iki kişilik ve üç kişilik hasta yatağı olan hasta odaları bulunmaktadır. Her katta tedavi odası, muayene odası, Wc-banyo, temizlik malzemeleri için temizlik odaları, depolar, buzdolabı, personel ve hemşire giyinme odası, hemşire odası, doktor odaları, sekreter odaları, asansör, merdiven ve yangın merdiveni bulunmaktadır.
- Yoğun bakımlarda; yataklar, izolasyon odası, tedavi odası, hemşire-doktor odası, depo, Wc bulunmaktadır.
- Poliklinikler 3 katlı olup, katlarda poliklinikler, laboratuvarlar, radyoloji, kan alma merkezi, lavabolar, kantin, çocuk oyun parkı vb. bulunmaktadır. Erişkin Acil Servis 0.katta, Çocuk Acil Servis giriş katında bulunmaktadır. Ameliyathane ve Sterilizasyon Ünitesi 2. Katta bulunmaktadır.

3. BÖLÜMÜN FAALİYETLERİ VE İŞLEYİŞİ

3.1. Laboratuvarların Faaliyet ve İşleyişi

- Laboratuvarlarımızda 24 saat hizmet verilmektedir.
- Hekimlerin tanı koymak ve/veya tedavi gidişini takip etmek için istem yapmaları
Tetkik talebi:
 - Poliklinik tetkik talebi
 - Yatan hasta tetkik talebi
 - Acil tetkik talebi
 - Adli vaka tetkik talebi
- Pre-analitik süreç:
 - Test girişleri
 - Numune alma (alınan numune mutlaka barkodlu olmalı) ve ilgili laboratuvara transferi (personel veya pnömotik sistemle transfer)
 - Numunelerin laboratuvara kabulü ve ayrıştırılması
 - Numune kabul kriterleri
 - Numune red kriterleri
 - Red yapılan örneklerin işlemleri ve bildirim
 - Analiz
- Analitik süreç:
 - İç kalite kontrol yapılması ve kaydı
 - Dış kalite kontrol ve kaydı
 - Sonuçların kliniğe uygunluğu
 - Cihaz arızaları
- Post-analitik süreç:
 - Panik değer bildirim (Laboratuvarda saptanan kritik test sonuçları, hastanın sorumlu hekimine hemen bildirilmelidir. Bildirimlerde; bildirim yapan kişi, bildirim yapılan kişi, panik değer sonucu, bildirim yapıldığı tarih ve saat kayıt altına alınmalıdır)
 - Sonuç gönderme, raporlama (Hastalar laboratuvar sonuçlarını T.C. No ile; sonuç verme bölümünden alabildiği gibi <http://hastane.ogu.edu.tr/> sayfasında E-Laboratuar sonuç edinme linkinden internet aracılığı ile alabilmekte, hasta muayene edilen poliklinik/klinik hekimi otomasyon ekranından sonuçları görebilmektedir.)
 - Otomasyon sorunu varsa çözümlenmesi ve bildirim ulaşmasının sağlanması
 - Laboratuvar testleri sonuç teslim süreleri
- Referans dökümanların kullanımının sağlanması (Lab. Test Rehberi, Laboratuvar Güvenlik Rehberi)
- Kan Bankası; yukarıda bahsedilen tüm bu süreçleri takip ederek kan analizlerini yapar.
 - Sağlıklı kişilerden tetkikler sonrası kan alınması



SAĞLIK TEKNİSYENLERİ BÖLÜM UYUM REHBERİ (Radyoloji, Laboratuvar, Anestezi, Odyolog, Sağlık Fizikçisi, Sterilizasyon Çal.)

DOKÜMAN NO	EY.RH.07
YAYIN TARİHİ	23.03.2015
REVİZYON NO	03
REVİZYON TAR.	21.09.2022
SAYFA	4 / 12

- Alınan kanların kan bankası talimatlarına göre muhafazası, depolanmasının sağlanması
- İhtiyaç halinde hekim orderı ile hastaya SBYS üzerinden istem yapılır, hekim kan bankasını arayarak durumun aciliyetine göre birebir konuşarak kan/kan ürünü isteği yapabilir, konuşarak yapılan istemler aciliyet sonrası SBYS üzerinden mutlaka hekim tarafından yapılır.
- Hastaya uygunluğu analizlerle bakılan kan/kan ürünlerinin soğuk zincir korunarak personellerle transfer edilerek ilgili bölüme ulaştırılması sağlanır
- Laboratuvarlarda; numunenin kabulünden sonuçlanmasına kadarki zamanın (turn a round) bilinmesi, numune kabul ve red kriterlerinin mevcut yazılım ile detaylı olarak izlenebilmesi ve istatistiğinin doğru alınması ayrıca ilgili personelin bu konularda uygulamayı öğrenmiş olması, doğru ve her an ulaşılabilecek güvenli verilerin sağlanması gerekmektedir.

3.2. Radyoloji Faaliyet ve İşleyişi

- Radyoloji bölümünde 24 saat hizmet verilmektedir. Acil serviste, Acil Röntgen, Tomografi, USG bulunmaktadır.
- Hekimlerin tanı koymak ve/veya tedavi gidişini takip etmek için istem yapmaları, Tetkik talebi:
 - Poliklinik tetkik talebi
 - Yatan hasta tetkik talebi
 - Acil tetkik talebi
 - Adli vaka tetkik talebiİlgili istek için tetkik kağıdı doldurulması.
- TAEK Radyasyon Güvenliği Yönetmeliğine uygun olarak güvenlik önlemlerinin alınması,
- Çalışanlar tarafından Dozimetre kullanılması,
- Cihaz ve ekipmanların günlük kontrol ve bakımı,
- Bakım ve kalibrasyon gereken cihaz ve ekipmanların bakım ve kalibrasyonunun yapılması,
- Radyasyondan koruyucu materyal kullanımı ve bu materyallerin kullanıma uygunluğunu kontrol edilmesi, uygun olmayanlar için önlem almak ve diğer çalışanların bilgilendirilmesi
- Kayıt işlemlerinin yapılması,
- Hastanın tetkike hazırlanması,
- İstem yapılan tetkikin çekiminin yapılması,
- Çekimi kontrol etmek, hatalı çekimlerde istenen tetkikin tekrarlanması,
- Görüntülemeyi hazır hale getirmek, sonuçların raporlanması ve PACS sisteme yüklenerek kaydedilmesi,
- Sonuç verme süresi uzun olan tetkikler için sonuç verme randevusu verilmesi,
- Görüntüleme ünitesinin temizliği, atıkların yönetmeliğe uygun toplanması ve transferinin sağlanması,
- Uygunsuz görülen her durumda DÖF (düzeltici önleyici faaliyet) başlatılması laboratuvar faaliyetleridir.

3.3. Anestezi Faaliyet ve İşleyişi

- Anestezi bölümünde 24 saat hizmet verilmektedir.
- Anestezi Çalışma Ortamının:
 - Kontrollerin sabah ilk vaka alınmadan önce yapılması (Anestezi Birimi Günlük Hazırlık Kontrol Listesi, Buzdolabı Isı Takip Formu, Acil İlaç/Malzeme Arabası Kontrol Formu, Anestezi Bölümü Yeşil Reçeteye Ait İlaçların Devir Teslim Formlarının takip yapılarak doldurulması, anestezi cihazlarının çalışıp çalışmadığının kontrolü, gaz panellerinin ve merkezi gaz ve anestezi gazlarının miktar/basınç kontrolü ve kayıtları, vb.)
 - Oda ısı-nem kontrolü yapılarak alınacak vakalara göre gerekiyorsa tekrar ısı-nem ayarının yapılması,
 - Kullanılacak malzemelerin hazırlanması bölüm faaliyetlerindedir.
- Hekimlerin tanı koymak ve/veya tedavi etmek için ameliyat veya işlem yapma kararı sonrası istem yapması,
Konsültasyon talebi:
 - Poliklinik muayenesi sonrası
 - Yatan hasta
 - Acil vakalar
 - Adli vakalar



SAĞLIK TEKNİSYENLERİ BÖLÜM UYUM REHBERİ (Radyoloji, Laboratuvar, Anestezi, Odyolog, Sağlık Fizikçisi, Sterilizasyon Çal.)

DOKÜMAN NO	EY.RH.07
YAYIN TARİHİ	23.03.2015
REVİZYON NO	03
REVİZYON TAR.	21.09.2022
SAYFA	5 / 12

- Hastanın vaka veya işlem öncesi ön hazırlık muayenesi ve sonuçlarının değerlendirilmesi, anestezi uzman notu yazılması,
- Anestezi öncesi vaka kararı verilen hastadan rıza alınması, rıza belgesinin onaylatılması,
- Vakaya alınan hastanın güvenli cerrahi kontrol listesi, anestezi kontrol formu, vb. kontrol edilerek doldurulması, cerrahi taraf işaretlemesinin kontrolünün yapılması,
- Vakaya alınan hastaya yapılacak ameliyata göre pozisyon verilmesi, vital takibinin yapılması, damar yolu açıklığının sağlanması, monitörizasyonun yapılması, sedasyon ve anestezi uygulanması, yapılacak ameliyata göre entübasyon ve extübasyon uygulanması,
- Hastanın vaka bitiminde uyandırılması, hastanın ayılma ünitesine güvenli bir şekilde teslimi ve gerekli takibin yapılması,
- Boşalan vaka odasının temizliği, sonraki vakaya hazırlanması, atıkların yerinde ayrıştırılması, toplanması ve transferi sağlanmalıdır.

3.4. Odyoloji Faaliyet ve İşleyişleri

- Odyoloji bölümü işlem yapılan alanların işleme hazırlanması, temizliğinin kontrol edilmesi,
- Gerekli cihaz-malzemelerin kontrollerinin yapılması, eksilen malzemelerin temininin sağlanması,
- Günlük cihaz kontrollerinin yapılması,
- Kalibrasyon zamanı gelmiş cihazların kalibrasyonunun takibinin yapılması,
- KBB poliklinik muayenesi veya KBB konsültasyonları sonrası odyometre ölçümü istenen hastaların randevu, kayıt-kabul işlemlerinin yapılması,
- Hasta/hasta yakınının işlem hakkında bilgilendirilmesi,
- Hastaya işlemin uygulanması,
- Sonuç raporlarının hazırlanması SBYS üzerinden kaydedilmesi,
- Sonuçların ilgili hekime bildirimini sağlanmalıdır.

3.5. Radyoterapi, Radyasyon Onkoloji ve Nükleer Tıp (Sağlık Fizikçisi) Faaliyet Ve İşleyişleri

- Hekimlerin tanı koymak ve/veya tedavi etmek için istem yapmaları,
 - a) Tedavi amaçlı yönlendirilen hastalar ve
 - b) Tetkik talebi olan hastalar:
 - Poliklinik muayenesi sonrası
 - Yatan hasta
 - Acil vakalar
 - Adli vakalar
- Güvenlik Koşulları:
 - TAEK Radyasyon Güvenliği Yönetmeliğine uygun olarak güvenlik önlemlerinin alınması,
 - Çalışanlar tarafından Dozimetre kullanılması,
- Cihaz Bakımları:
 - Cihaz ve ekipmanların günlük kontrol ve bakımının yapılması,
 - Bakım ve kalibrasyon gereken cihaz ve ekipmanların bakım ve kalibrasyonunun yapılması,
 - Radyasyondan koruyucu materyal kullanımı ve bu materyallerin kullanıma uygunluğunu kontrol etmek, uygun olmayanlar için önlem almak ve diğer çalışanların bilgilendirilmesi,
- Hasta Kabul ve Randevu:
 - Hastaya tanı amaçlı çekimler için randevu verilmesi,
 - Hastaya bilgi verme ve rızasının alınması,
- Ön Hazırlık:
 - Hastaya uygulanacak radyoaktif maddenin belirlenmesi, miktarının hesaplanması ve maddenin hazırlanması,
 - Hastaya uygulama öncesi damar yolu açıklığının sağlanması,
- İşlem:
 - Radyoaktif maddenin hastaya verilmesi,
 - Uygulama için uygun pozisyonun verilmesi,
 - Uygulamanın yapılması,
 - Uygulamanın tanı amaçlı ise çekim kaydı, tedavi amaçlı yapılan işlemin kaydedilmesi,
 - Hastaya tanı amaçlı çekimlerde sonuç verme süresi hakkında bilgi verme, tedavi amaçlı uygulamalarda uygulanan tedavi tekrarı hakkında bilgi verilmesi,



SAĞLIK TEKNİSYENLERİ BÖLÜM UYUM REHBERİ (Radyoloji, Laboratuvar, Anestezi, Odyolog, Sağlık Fizikçisi, Sterilizasyon Çal.)

DOKÜMAN NO	EY.RH.07
YAYIN TARİHİ	23.03.2015
REVİZYON NO	03
REVİZYON TAR.	21.09.2022
SAYFA	6 / 12

➤ Sonuç ve Değerlendirme:

- Yapılan işlem tanı amaçlı çekimse sonuçların raporlanması ve otomasyon üzerinde kaydedilmesi,
- Uygulama tedavi amaçlı ve uygulama sonrası yatış verilmişse; yatış işlemlerinin yapılması, uygun tecridin sağlanması için hasta ve yatış yapılan klinik çalışanlarının bilgilendirilmesi,

➤ KİT ve Atıkların Kontrolü:

- Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği, Radyoaktif Madde Kullanımından Oluşan Atıklara İlişkin Yönetmelik, Tehlikeli Atıkların Kontrolü Yönetmeliğine uygun olarak atıklar yerinde ayrıştırılması, toplanması ve transferin sağlanarak uygun depolarda depolanması.
- Yatışı yapılmış hastanın radyoaktif atıklarının yönetmeliklere uygun şekilde bertarafının sağlanması.

3.6. Sterilizasyon Faaliyet ve İşleyişleri

- Sterilizasyon merkezinde 24 saat hizmet verilmektedir. Faaliyetleri şu şekildedir.
- Kliniklerden temizlenerek paketlenmiş gelen ve/veya ameliyathaneden kirli gelen malzemelerin sterilizasyon merkezine transferi ve kabul işlemlerinin yapılması,
- Ön yıkama ve dekontaminasyon işlemi yapılması,
- Malzemelerin sayımı ve bakım alanına taşınması,
- Paketleme ve bohçalama yapılması,
- İndikatör Kullanımı:
 - Kimyasal İndikatörler:
 - İşlem İndikatörleri (Maruziyet bantları)
 - Spesifik Test İndikatörleri (Bowie-Dick Testi)
 - Emulatorler (Her Bohçada-Pakette Otoklav Bandı Kullanımı, vb..)
 - Biyolojik indikatörler
- Malzemelerin Buhar Otoklavı, Etilen Oksit Gaz Otoklavı vb. otoklavların hazırlığı
- Sterilizasyon İşleminin yapılması,
- Sterilizasyon İşleminin Çıkan Malzemelerin Sterilizasyon Kontrolü
- Depolama ve Dağıtım
- Malzemelerin raf ömrünün belirlenmesi ve kaydı
- Sterilizasyonda kullanılan malzemelerin temininin sağlanması
- Sterilizasyon merkezinin ve cihazların kirli, temiz, steril alan talimatlara uygun bakım ve temizliği
- Otoklavların Temizliği
- Atıkların yerinde ayrıştırılması, toplanması ve transferinin sağlanması

3.7. Radyoloji, Laboratuvarlar, Anestezi teknisyenleri, Sterilizasyon mesai saatleri 08:00/16:00, Odyoloji mesai saatleri 08:00/17:00 dir.

3.8. Nöbet saatleri teknisyen grubunun çalışma alanına göre değişiklik gösterebilmektedir.

3.9. Bölüm içi çalışma düzeni aylık olarak hazırlanır. Teknisyenlerin / teknikerlerin bölüm içi rotasyonları ve nöbetleri bu program dahilinde belirlenir.

3.10. Mesai saatleri 24 saat hizmet veren kurum olması nedeniyle ilgili müdürlük tarafından gerekli hallerde değiştirilebilir.

4. ÇALIŞANIN BÖLÜMDEKİ GÖREV, YETKİ VE SORUMLULUKLARI

Bölümde görevli personellerin görev, yetki ve sorumlulukları; TKHK'nun yayınlamış olduğu Yataklı Tedavi Hizmetleri Yönetmeliğinde belirtilmiş olup, 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanuna ek 13. Madde değişikliği, Sağlık Meslek Mensupları İle Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik, Radyoloji-Radyom ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseleri Hakkında Kanun, Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliği, Radyasyon Güvenliği Yönetmeliği ve Hastane Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) Sisteminde oluşturulan görev tanımlarına göre belirlenmiştir. İlgili müdürlüklerin yönetmelikte belirlenen meslek grupları ve sorumluluklarına göre oluşturdukları görev tanımları personele tebliğ edilmektedir.

5. UYULMASI GEREKEN GENEL DİSİPLİN KURALLARI

- **Etik Kurallar:** Çalışma ortamında genel ahlak ve tıbbi etik kuralları uyulmasına dikkat edilmektedir.
- **Kıyafet Kuralları:** Devlet Memurları kılık-kıyafet yönetmeliğine uygun olarak davranmak zorunlu olup, çalışma süresi içinde prezantable olmaya özen gösterilmelidir.



SAĞLIK TEKNİSYENLERİ BÖLÜM UYUM REHBERİ (Radyoloji, Laboratuvar, Anestezi, Odyolog, Sağlık Fizikçisi, Sterilizasyon Çal.)

DOKÜMAN NO	EY.RH.07
YAYIN TARİHİ	23.03.2015
REVİZYON NO	03
REVİZYON TAR.	21.09.2022
SAYFA	7 / 12

- **Kimlik Kartı:** Üzerine Ad-Soyadı-Unvan- gibi bilgilerinizin kayıtlı olduğu resimli kimlik kartlarını görünür bir şekilde taşıma zorunluluğu vardır. Mesai giriş ve çıkışlarda kart okuyuculara kart okutulmalıdır.
- **Duyuru ve afişlerin ilan edilmesi:** Her türlü ilan ve bilgi içeren afişler sadece idari izinle uygun görülen yerlere asılabilir.
- **Basına bilgi verme:** Görsel ve yazılı basına bilgi verme idari izine bağlıdır.
- İzinsiz veya özürsüz olarak göreve geç gelmek, erken ayrılmak veya hiç gelmemek disiplin kurallarına aykırıdır.
- Gerçeğe aykırı rapor ve belge düzenlemek,
- Ticaret yapmak yasaktır.

6. BÖLÜME YÖNELİK YAZILI DÜZENLEMELER

Hastanemizde süreçlerin takibi, standart hale getirilmesi ve veri ölçümüne yönelik bir dökümantasyon yapısı mevcut olup, sistemin istediği şekilde ilgili dökümanlar oluşturulmuştur. Kalite Yönetim Sistemi ve Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) sonucu oluşan dökümanların güncelliği bölüm kalite sorumluları, ilgili müdürlükler ve Kalite Yönetim Birimi ile ortak yürütülmektedir. Bölümü ilgilendiren yazılı düzenlemeler ve dökümanlar bölümlerde bölüm sorumlularında bulunmaktadır, bölüm sorumluları ilgili dökümanları ve kullanımlarını anlatmakla yükümlüdür.

7.BÖLÜM İLE İLGİLİ GENEL İŞLEYİŞLER

7.1.Polikliniğe Kabul Edilen Hasta İşlemleri:

Poliklinik hekimleri tarafından laboratuvar, radyoloji, odyoloji, anestezi, radyoterapi ve nükleer tıp için istenen istemler SBYS üzerinden yapılır.

7.1.1.Laboratuvar İşlemleri:

- Kanla ilgili tetkikler için hastalar poliklinik sekreterleri tarafından kan alma merkezine yönlendirilir. İstenen tetkiklere göre hastanın kanları alınır ilgili laboratuvara personel veya pnömotik sistemle transfer edilir. İstenen tetkikler için numuneler kabul edilir. Numuneler gereken işlemlerden geçirilerek analiz edilir. İşlemleri tamamlanan analiz sonuçları SBYS üzerinde kaydedilerek ilgili hekime ulaştırılır.
- Kan bankası işleyişi: Kan/kan ürünü ihtiyaçları buradan karşılanmaktadır. Kan vermek isteyen sağlıklı kişilerden yapılan testler sonrası kan alınır. Alınan kan, kan/ kan ürünleri olarak muhafaza edilir, uygun şartlar sağlanarak depo edilir. Kan/kan ürünü ihtiyacı olan hastaların kan bankasına SBYS üzerinden bildirilmesi sonrası istemler kan bankası tarafından karşılanır. Uygun kan/kan ürünü varsa hastaya ilgili testler yapılarak ulaştırılmasını sağlarlar. Uygun kan/kan ürünü yoksa Kızılay Kan Merkezi ile iletişime geçerek kan/kan ürünü temin edilir. Temin edilen kan/kan ürünleri gerekli testlerden geçirildikten sonra ihtiyaç sahibi hastaya ulaştırılmasını sağlarlar.

7.1.2.Görüntüleme İşlemleri (Radyoloji):

- Hastalar poliklinik sekreterleri tarafından ilgili görüntüleme bölümüne yönlendirilirler. İlgili bölüm istemi değerlendirerek gerekiyorsa randevu verir, hemen yapılabilecek bir çekim ise hastalar sırayla kimlik doğrulama yapılarak çekime alınır. Sonuç raporları ve görüntüler otomasyon sisteminde bulunan PACS sistemine kaydedilir, ilgili hekime ulaştırılır.

7.1.3.Radyoterapi İşlemleri:

- Hastalar hekim tarafından radyasyon onkolojisi hekimine yönlendirilir. Radyasyon onkoloji hekiminin değerlendirme sonucunda tetkik veya tedavi yapılacak hastaya randevu verilir. Randevusu gelen hastalar kimlik doğrulama yapılarak tetkik veya tedavi amaçlı işleme alınır. (İşleme alınan hastalarda gerekiyorsa bölgesel kurşun koruyucular kullanılmalıdır.) Tetkik sonuçları ve raporları otomasyon sisteminde bulunan PACS sistemine kaydedilir, ilgili hekime ulaştırılır. Tedavi amaçlı radyoterapi uygulamalarında hastaya bilgi verilir, rıza formu onaylatılır, tedavi aralıkları ve randevuları ayarlanır, tedavi uygulanır, uygulama sonrası hasta takip edilir, işlemi ve takibi biten hasta taburcu edilir. Hasta gerekiyorsa yatarak tedavi alabilir, yatarak tedavi alacak hastalara yatış işlemi yapılır, randevularına bağlı olarak tedavi alırlar. Tedavi süreci tamamlanan hastaların kontrol süreleri ve evde bakım eğitimleri hakkında bilgi verilerek taburculuk işlemleri yapılır.

7.1.4.Nükleer Tıp İşlemleri:

Hastalar poliklinik hekimleri tarafından istem yapılarak tanı veya tedavi amaçlı nükleer tıp hekimlerine yönlendirilirler. Poliklinik sekreteri tarafından kabul işlemleri tamamlanan randevusu gelen hastalar nükleer tıp hekimi tarafından muayene edilir.



SAĞLIK TEKNİSYENLERİ BÖLÜM UYUM REHBERİ (Radyoloji, Laboratuvar, Anestezi, Odyolog, Sağlık Fizikçisi, Sterilizasyon Çal.)

DOKÜMAN NO	EY.RH.07
YAYIN TARİHİ	23.03.2015
REVİZYON NO	03
REVİZYON TAR.	21.09.2022
SAYFA	8 / 12

- Tanı amaçlı çekimlerde hastaya bilgi verilir. Hekimler ve Sağlık fizikçisi tarafından belirlenen ölçümlerle hastaya kimlik doğrulama yapılarak istenen çekim yapılır. Çekim sonrası hastaya neler yapması konusunda bilgi verilir, hasta verilen radyoaktif maddenin yarılanma ömrü geçmesi için uygun ortamda bekletilir, süre bitiminde hastanın ayrılmasına izin verilir.
- Tedavi amaçlı radyoaktif madde uygulamalarında kimlik doğrulama yapıldıktan sonra hastaya bilgi verilir, rızası alınır, radyoaktif madde uygulanır. Radyoaktif madde uygulandıktan sonra hasta nükleer tıp servisine tecridi sağlamak amaçlı yatış yapılır, işlem sonrası hastanın yapması gerekenler anlatılır, tedavi süreci tamamlanan hastaların kontrol süreleri ve evde bakım eğitimleri hakkında bilgi verilerek taburculuk işlemleri yapılır.

7.1.5.Odyoloji İşlemleri:

Hastalar KBB hekimleri tarafından istem yapılarak odyoloji bölümüne poliklinik sekreterleri tarafından yönlendirilirler. Hastalara randevu verilir, randevusu gelen hastalara kimlik doğrulama sonrasında hekim istemine göre istenen ölçümler yapılır, sonuçlar rapor edilir, SBYS üzerinden kaydedilerek ilgili hekime ulaştırılır.

7.1.6.Anestezi İşlemleri:

Bölümlerden vaka için hazırlanmış hastalar kimlik doğrulama yapılarak kabul edildikten sonra hastaya uygun pozisyon verme, monitörize etme, damar yolu açıklığını sağlama, uyutma, entübasyon, gerekli mayi, kan/kan ürünleri ve ilaçları uygulama, uyandırma, extübasyon, vital takip yapma, tüm bu yapılanları kaydetme ve ayılma ünitesine hastayı güvenli bir şekilde transferini sağlar. Poliklinik hizmetlerinde işlem yapılırken anestezi uygulanacak hastalarda anestezi teknisyenleri anestezi hekimi ile birlikte çalışır. Anestezi hekimini asiste eder.

7.2. Acil Servise Başvuran Hasta İşlemleri:

Acil röntgen, tomografi ve acil ultrason, ameliyathane/anestezi hizmetleri 24 saat hizmet vermektedir. Hasta acil servise başvurduktan sonra gerekli istemler yapılır hastanın durumuna göre acil hizmetlerin tamamından hasta yararlanmaktadır.

7.3. Adli Vakalar ve Raporlar:

Adli vakalarda tüm poliklinik, laboratuvar, radyoloji, vb.. hizmetlerde öncelik tanınmaktadır. Kayıt, kabul, tetkik istemleri diğer hastalar gibi SBYS üzerinden istenir, sonuç ve raporlar yine SBYS üzerinde kaydedilerek hastanın adli vaka dosyasında bulundurulur.

7.4. Yatan Hastanın Servis/Yoğun Bakım Hasta İşlemleri:

Servis/Yoğun Bakım hekimleri tarafından laboratuvar, radyoloji, odyoloji, anestezi, radyoterapi ve nükleer tıp için istenen istemler ve konsültasyonlar SBYS üzerinden yapılır. Yatan hastalara öncelik verilmektedir. İstemler radyoloji, odyoloji, radyoterapi ve nükleer tıp ile ilgili bölümler tarafından alındığında hasta ilgili bölüm tarafından çağrılır. İstemler tamamlandıktan sonra sonuçlar SBYS üzerine kaydedilerek ilgili bölüm hekimine ulaştırılır. Anestezi istemleri anestezi hekimi tarafından konsülte edilir ve konsültasyon sonuçları hasta dosyasına not edilir. Laboratuvar istemleri yapılır ve istemler için gerekli numuneler hastadan alınır, numunelerin personel veya pnömotik sistem ile transferi sağlanır. Analizleri tamamlanan numunelerin sonuçları SBYS üzerinde kaydedilir, ilgili hekime ulaştırılır.

7.5. Taburculuk İşlemleri:

Hekim taburculuk işlemlerinin yapılması, dosyasının (epikriz, taburcu eğitim formu, vb...) ilgili formlar doldurularak taburculuğa göre düzenlenmesi ve tedavi devamlılığını sağlayacak kontrol süreci hakkında ve hastalığa yönelik eğitimlerinin verilmesi, taburculuk işlemlerinin başlatılıp sonlandırılmasından sorumludur. Poliklinik, Acil Servis, Servis/Yoğun Bakımlarda hasta taburcu uygulamaları aynı şekilde yapılır.

7.6. Ex Olan Hasta İşlemleri:

Hekim; hastanın ex olduğunu muayene ve EKG ile doğruladıktan sonra ex olan hastanın hakkında yakınlarının bilgilendirilmesi, ex işlemlerinin (biopsi alma, kataterlerin çıkarılması, vb...) yapılması, ex dosyasının zamanında tamamlanması, ex çıkış işlemlerinin başlatılıp sonlandırılmasından sorumludur. Hekim tarafından ölüm nedeni ile saati hasta dosyasına yazılarak imzalanır. Ex Defin ruhsatı düzenlendikten sonra ex sahiplerine imza karşılığında teslim edilir. Exlerin sahiplerine verilmesinde tıbbi ve adli sakıncalar varsa, bu gibi exler sahiplerine verilmez, morg görevlileri konu ile ilgili bilgilendirilir. Poliklinik, Acil Servis, Servis/Yoğun Bakımlarda hasta ex uygulamaları aynı şekilde yapılır. Radyoaktif madde almış hasta ex olmuş ise; sağlık fizikçisi gerekli önlemleri alır, ex muhafazası ve işlemleri için gerekli radyasyon güvenliğinin sağlanmasından sorumludur. Radyasyon güvenliğini sağlayacak şekilde ex'in defnedilmesini sağlar. İzolasyon yapılmış hasta ex olmuş ise EKK ile görüşülür, gereken önlemler alınır. İzolasyon figürü ile morg görevlisi bilgilendirilerek teslim edilir.



SAĞLIK TEKNİSYENLERİ BÖLÜM UYUM REHBERİ (Radyoloji, Laboratuvar, Anestezi, Odyolog, Sağlık Fizikçisi, Sterilizasyon Çal.)

DOKÜMAN NO	EY.RH.07
YAYIN TARİHİ	23.03.2015
REVİZYON NO	03
REVİZYON TAR.	21.09.2022
SAYFA	9 / 12

8. SAĞLIK KALİTE STANDARTLARI (SKS)

Hastanemizde her bölümde bölüm kalite sorumlusu bulunmaktadır. İlgili bölüm kalite sorumlusu birimde **Sağlıkta Kalite Standartları** (SKS) çalışmalarını organize eder. Bölüm ile ilgili dökümanları hazırlar ve birimde dökümanların takibini yapar. Değişen süreçler hakkında çalışanlara bilgi verir. SKS kapsamındaki raporlama ve bildirimlerin (kalite göstergeleri bildirimleri, İstenmeyen Olay Bildirim sistemi, güvenli cerrahi kontrol formu, vb.) düzenli olarak yapılmasını sağlar.

Standarda erişim: <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/>

SKS KONU BAŞLIKLARI

BÖLÜM ADI	KODU	BÖLÜM ADI	KODU
Kurumsal Yapı	KU	Yoğun Bakım Ünitesi	YB
Kalite Yönetimi	KY	Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi	YD
Döküman Yönetimi	DY	Doğum Hizmetleri	DH
Risk Yönetimi	RY	Diyaliz Ünitesi	Dİ
Kurumsal Verimlilik	KV	Psikiyatri Hizmetleri	PS
İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi	İO	Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri	RH
Acil Durum ve Afet Yönetimi	AD	Biyokimya Laboratuvarı	BL
Kimyasal, Biyolojik, Radyolojik ve Nükleer (KBRN) Tehlikelerin Yönetimi	KBR	Mikrobiyoloji Laboratuvarı	ML
Eğitim Yönetimi	EY	Patoloji Laboratuvarı	PL
Sosyal Sorumluluk	SS	Doku Tipleme Laboratuvarı	DL
Hasta Deneyimi	HD	Kemoterapi Hizmetleri	KH
Hizmete Erişim	HE	Organ ve Doku Nakli Hizmetleri	ON
Yaşam Sonu Hizmetler	YS	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Hizm.	FR
Sağlıklı Çalışma Yaşamı	SÇ	Palyatif Bakım Kliniği	PB
Hasta Bakımı	HB	Evde Sağlık Hizmetleri	ES
İlaç Yönetimi	İY	Tesis Yönetimi	TY
Enfeksiyonların Önlenmesi	EN	Otelcilik Hizmetleri	OH
Temizlik, Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Hizmetleri	DS	Bilgi Yönetimi	BY
Transfüzyon Hizmetleri	TH	Malzeme ve Cihaz Yönetimi	MC
Terapötik Aferez Hizmetleri	TA	Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri	TA
Radyasyon Güvenliği	RG	Atık Yönetimi	AY
Acil Servis	AS	Dış Kaynak Kullanımı	DK
Ameliyathane	AH	Göstergelerin İzlenmesi	Gİ

* Terapötik Aferez Hizmetleri ile Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri bölüm kodları aynı görünmekle birlikte, her iki bölümün SKS boyutlarının farklı olması nedeniyle dokümantasyon sürecinde boyutları ile beraber kodlanabilir. (STA-DTA)

9. HASTANE OTOMASYON SİSTEMİ

Hastane otomasyon sisteminde her klinikten ilgili çalışanın; malzeme/ilaç istemi, cihaz arıza bildirim ve takibi, kalite yönetim indikatör bildirim formları, hasta yatış/taburcu/dosya takibi, hasta laboratuvar istem ve sonuç takibi, hasta radyoloji istem ve sonuç takibi, e-reçete, vb. her türlü bilgi girişi yapıp takip edilebilmektedir. Otomasyon sisteminin kullanımına dair eğitim kişi kuruma başladığında uyum eğitimi kapsamında verilir.

Kliniklerimiz ve polikliniklerimizde “servis ve poliklinik modülü” kullanılmakta olup, çalışanlarımızın kayıt güvenliği açısından SBYS girişlerini kendilerine ait şifre ile yapmaları önemlidir.

10. HASTA VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ

Bu yönetmelik; tüm sağlık kurumlarında, hasta ve çalışan güvenliği için güvenli hizmet sunumu ve güvenli bir ortam sağlanmasına, hizmet sunumunda kalitenin artırılmasına, sağlık kurumunda hasta ve çalışanlar için muhtemel risklerin belirlenmesine, bu risklerin giderilmesi için uygun yöntem ve tekniklerin belirlenmesine ve hizmet içi



SAĞLIK TEKNİSYENLERİ BÖLÜM UYUM REHBERİ (Radyoloji, Laboratuvar, Anestezi, Odyolog, Sağlık Fizikçisi, Sterilizasyon Çal.)

DOKÜMAN NO	EY.RH.07
YAYIN TARİHİ	23.03.2015
REVİZYON NO	03
REVİZYON TAR.	21.09.2022
SAYFA	10 / 12

eğitimler ile güvenli hizmet sunumu ve güvenli çalışma ortamının sürdürülebilirliğinin sağlanmasına yönelik usul ve esasları düzenlemektir.

MADDE 5 – (1) Bu Yönetmelik kapsamındaki sağlık kurumları; bu Yönetmelik hükümleri doğrultusunda uygulama yapmak, hasta ve çalışan güvenliğini sağlamaya yönelik gerekli faaliyetleri gerçekleştirmek amacıyla, kendi iç düzenlemelerini yapmak ve tedbirleri almakla yükümlüdür. Sağlık kurumları, hasta ve çalışan güvenliğine ilişkin tedbirleri alırken ve düzenlemeleri yaparken Daire Başkanlığınca hazırlanan ve Bakanlığın resmî internet sayfasında yayımlanan Hizmet Kalite Standartlarını esas alır.

Hasta güvenliği uygulamaları

MADDE 6 – (1) Bu Yönetmelik kapsamındaki sağlık kurumları;

- Hasta kimlik bilgilerinin tanımlanması ve doğrulanması,
- Hastaya uygulanacak girişimsel işlemler için hastanın rızasının alınması,
- Sağlık hizmeti sunumunda iletişim güvenliğinin sağlanması,
- İlaç güvenliğinin sağlanması,
- Kan ve kan ürünlerinin transfüzyon güvenliğinin sağlanması,
- Cerrahi güvenliğin sağlanması,
- Hasta düşmelerinin önlenmesi,
- Radyasyon güvenliğinin sağlanması,
- Engelli hastalara yönelik düzenlemelerin yapılması, hususlarında gerekli tedbirleri alır ve düzenlemeleri yapar.

Çalışan güvenliği uygulamaları

MADDE 7 – (1) Bu Yönetmelik kapsamındaki sağlık kurumları;

- Çalışan güvenliği programının hazırlanması,
- Çalışanlara yönelik sağlık taramalarının yapılması,
- Engelli çalışanlara yönelik düzenlemelerin yapılması,
- Çalışanların kişisel koruyucu önlemleri almasının sağlanması,
- Çalışanlara yönelik fiziksel saldırıların önlenmesine yönelik düzenleme yapılması, hususlarında gerekli tedbirleri alır ve düzenlemeleri yapar.

Hasta ve çalışan güvenliği ortak uygulamaları

MADDE 8 – (1) Bu Yönetmelik kapsamındaki sağlık kurumları;

- Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi ile ilgili olarak;
 - Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesine yönelik bir programın hazırlanması,
 - Hastane enfeksiyonlarının izlenmesine yönelik sürveyans çalışmalarının yapılması,
 - El hijyeninin sağlanmasına yönelik düzenlemelerin yapılması,
 - İzolasyon önlemlerinin alınması,
 - Temizlik, dezenfeksiyon ve sterilizasyon uygulamalarının gerçekleştirilmesi,
- Laboratuvar güvenliği ile ilgili olarak;
 - Biyogüvenlik düzeyine göre gerekli önlemlerin alınması,
 - Laboratuvarda çalışılan testlerin kalite kontrol çalışmalarının yapılması,
 - Panik değerlerin bildiriminin sağlanması,
- Radyasyon güvenliği ile ilgili olarak; tanı ve tedavi amaçlı radyoaktif madde kullanılan alanlarda koruyucu önlemlerin alınması,
- Renkli kod uygulamaları ile ilgili olarak;
 - Mavi kod uygulamasının yapılması,
 - Pembe kod uygulamasının yapılması,
 - Beyaz kod uygulamasının yapılması,
 - Kırmızı kod uygulamasının yapılması,
 - Turuncu kod uygulamasının yapılması,
- İstenmeyen Olay Bildirim sistemi ile ilgili olarak;
 - İstenmeyen Olay Bildirim sisteminin kurulması,
 - Bildirimi yapılacak olayların asgari ilaç güvenliği, transfüzyon güvenliği, cerrahi güvenlik, hastaların düşmesi, kesici delici alet yaralanmaları, kan ve vücut sıvıları ile temas konularını kapsaması,
 - Bildirimi yapılan olaylar ile ilgili düzeltici ve önleyici faaliyetlerin uygulamaya konulması,
- Eğitimler ile ilgili olarak; sağlık kurumlarında görevli tüm çalışanlara, hasta ve çalışan güvenliği konusunda eğitimlerin verilmesi,
- Komitelerin kurulması ile ilgili olarak;
 - Hasta güvenliği komitesi,
 - Çalışan güvenliği komitesi kurulması, hususlarında gerekli tedbirleri alır ve düzenlemeleri yapar.



SAĞLIK TEKNİSYENLERİ BÖLÜM UYUM REHBERİ (Radyoloji, Laboratuvar, Anestezi, Odyolog, Sağlık Fizikçisi, Sterilizasyon Çal.)

DOKÜMAN NO	EY.RH.07
YAYIN TARİHİ	23.03.2015
REVİZYON NO	03
REVİZYON TAR.	21.09.2022
SAYFA	11 / 12

11. KİŞİSEL KORUYUCU EKİPMAN KULLANIMI

Hastanemizde çalışma ortamındaki risklere ve tehlikelere karşı çalışanlar tarafından kullanılan giysi, araç ve malzemelerin bölüm niteliklerine göre belirlenmesi ve tanımlanmasıdır. Her bölümde; bölüm bazında risk değerlendirmesi, birimlerde bulunması gereken koruyucu ekipman listesi bulunmaktadır.

- ❖ **SERVİS ve YOĞUN BAKIMLAR:** Cerrahi Maske, N95 Maske, Bone, Galoş, Eldiven, Koruyucu Önlük, Koruyucu Gözlük, El Antiseptik Solüsyonu, Sabun, Kağıt Havlu kullanılmalıdır.
- ❖ **NÜKLEER TIP SERVİS:** Yukarıdaki koruyucu ekipmana ek olarak; Kurşun Gözlük, Kurşun Eldiven, Troid Koruyucu, Dozimetre, Koruyucu Paravan, Bölgesel Koruyucu, Kurşun Önlük kullanılmalıdır.

12. İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM SİSTEMİ

Hastanelerde meydana gelen olaylardan ders çıkartmak ve benzer olayların bir daha yaşanmasını engellemek amacıyla oluşturulan bir sistemdir. Bu sistem içinde ana öge, çalışanlar tarafından yaşanan olayların bir daha yaşanmasını engellemek için yapılan bildirimlerdir. Sistemin amacı; hastanelerde kurumsal bir öğrenme sürecinin oluşturulmasıdır. Bu sistemde ana hedef bireyler değil sistemdir.

İstenmeyen Olay Bildirim sistemi iyi işleyen hastanede, hastalar için güvenli hizmet sunumu ve çalışanlar için güvenli çalışma ortamları sağlar. İstenmeyen Olay Bildirim sistemi, hasta ve çalışan güvenliğini güvenliği tehdit eden olaylara karşı koruyucu görev üstlenmektedir.

İstenmeyen Olay Bildirim sistemlerinde kilit rolü olay bildirim formları oynamaktadır. Olay bildirim yapılacak formlar;

- kolay doldurulabilir olmalı,
- anlaşılabilir olmalı,
- karmaşık olmamalı,
- bildirim yapanın cümlelerine yer vermeli,
- olayın nedeni ve çözümü hakkında bildirim yapanın görüş ve önerileri alınmalıdır.

Formlarda olaya karışan kişilerin isimlerine yer verilmemelidir.

Çalışanların isimlerinin verildiği olay bildirimleri Kalite Yönetim Birimi tarafından kabul edilmemelidir. Bu hastanemizde kurduğunuz İstenmeyen Olay Bildirim sisteminin kişiler üzerinden değil sistemin düzeltilmesi yönünde çalıştığının en iyi ve en önemli göstergesidir.

İstenmeyen Olay Bildirim Sistemlerinde kullanılacak formlarda; Olayın konusu, Olay, Olayın nedeni ve/veya çözümü hakkında görüş ve öneriler bölümleri bulunması yeterlidir. İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi için SBYS üzerinden oluşturulan modül ve manuel olarak oluşturulan form kullanılmakta olup, formlarda olaya karışan kişilerin isimlerine yer verilmemektedir.

13.RENKLİ KODLAR

Renkli Kodlar; Sağlık kurumlarında var olması öngörülen risklerin tespit edilmesi, o risklere yönelik önlemlerin alınması ve risk yönetiminin sağlanması için acil durum uyarı sisteminin kurulmasıdır. Hastanemizde;

- Herhangi bir yerde, kardiyak ve pulmoner arrest durumunda; çalışan, bulunduğu yerin dahili telefonundan **2222** arayarak **MAVİ KOD** çağrısı verir.
- Çalışana yönelik fiziksel, sözel, cinsel taciz durumunda; çalışan bulunduğu yerin dahili telefonundan **1111** arayarak **BEYAZ KOD** çağrısı verir.
- Çocuk kaçırma olaylarında; çalışan bulunduğu yerin dahili telefonundan **3333** arayarak **PEMBE KOD** çağrısı verir.
- Hastanede meydana gelecek yangın olayında çalışan bulunduğu yerin dahili telefonundan **4444** arayarak **KIRMIZI KOD** çağrısı verir.
- Kimyasal, Biyolojik, Radyoaktif ve Nükleer (KBRN) kazalar neticesinde dahili telefondan **5555** aranarak **TURUNCU KOD** çağrısı verilir.
- Çağrıyı sonlandırmak için; aynı telefondan ilgili kodun numarası tekrar aranır, sonlandırma ikazı duyulduktan sonra sonlandırma gerçekleştirilir.

14. GÖSTERGELERİN İZLENMESİ

Hastanede ölçüm sistematigi ve kültürünü geliştirmek ve uluslararası alanda kullanılan ortak göstergeleri takip etmek suretiyle, kıyaslama ve işbirliği imkânlarını oluşturarak, kalitenin sürekli geliştirilmesine katkı sağlamaktır. Gösterge, hastanelerin sundukları hizmetlerin kalitesini ve performans sonuçlarını ölçmeye yarayan, iyileştirme alanlarını belirlemede en önemli faktör ve gerçek anlamda nerede olduklarını gösteren kalite aynalarıdır.



**SAĞLIK TEKNİSYENLERİ BÖLÜM UYUM
REHBERİ (Radyoloji, Laboratuvar, Anestezi, Odyolog,
Sağlık Fizikçisi, Sterilizasyon Çal.)**

DOKÜMAN NO	EY.RH.07
YAYIN TARİHİ	23.03.2015
REVİZYON NO	03
REVİZYON TAR.	21.09.2022
SAYFA	12 / 12

Gösterge takibinde, kart ve formlar ölçme ve değerlendirme işlemi için birer araç olarak kullanılacaktır. Asıl hedef, ölçmek, değerlendirmek, iyileştirmek, bu aşamaların sağlıklı ve sürekli bir şekilde tekrarlanmasını sağlamak ve nihayetinde hizmet sunumunun kalitesini artırmaktır.

Günümüzde hastaneler sundukları hizmetleri ve performans sonuçlarını ölçmede, iyileştirme yapmaları gereken alanları belirlemede bir çok gösterge takibi yapılmaktadır.

Gösterge takipleri için SBYS üzerinden oluşturulan modül kullanılmakta olup, sorumluları tarafından kendi şifreleri ile giriş yapılarak veri girişleri yapılmaktadır. Verilerin aylık, yıllık analizleri Kalite Yönetim Birimi tarafından takip edilmektedir.

**HAZIRLAYAN
SAĞLIK HİZMETLERİ MÜDÜRÜ**

**KONTROL EDEN
KALİTE YÖNETİM SORUMLUSU**

**ONAYLAYAN
BAŞHEKİM**