

KOD	YAYINTARİHİ	REVİZYON TARİHİ	REVİZYON NO	SAYFA NO
SAH.RH.01	01.01.2017	----	0	1 / 12

## 1. AMAÇ

Bu rehber; hastanemizde işe yeni başlayan ile görev yeri değişen hemşire/anestezi yeni çalışma birimine uyumunu kolaylaştırmak için düzenlenen bölüm uyum eğitimlerinin, kurallarının belirlenmesi ve kullanıcılarına yol göstermesi için hazırlanmıştır. Meslek gruplarına göre uygulanan ayrı programlar bulunmaktadır.

## 2. KAPSAM

Bu rehber, ameliyathanede göreve yeni başlayan ve görev yeri değişen hemşire/anestezi teknisyeni ile eğitimcilerini ve uyum sorumlularını kapsar.

## 3. KISALTMALAR:

## 4. TANIMLAR:

## 5. SORUMLULAR

Başhekim yardımcısı, Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğü, Eğitim Birimi, Ameliyathane Sorumlu Anestezi Uzmanı/Sorumlu Hekim, Sorumlu Hemşire/Anestezi Teknisyeni, Ameliyathane Hemşire/Anestezi Teknisyenleri

## 6. FAALİYET AKIŞI:

### ➤ Bölüm Uyum Eğitimi:

Bölüm uyum eğitimi bölümde çalışan yeni başlayan çalışanlara bölümün tanıtılması amacıyla yapılan eğitimidir.

### ➤ Bu eğitimde;

- 1-Birim yöneticisi ve çalışanlarıyla tanışma
- 2-Birimin fiziki yapısının tanıtılması
- 3-Birimin faaliyetleri ve işleyişi
- 4-Çalışanın birimdeki görev ve sorumlulukları
- 5-Birime yönelik yazılı düzenlemeler
- 6-Birim ile ilgili hizmet kalite standartları
- 7-Birim ile ilgili otomasyon sistemi
- 8-Kişisel koruyucu ekipman kullanımı
- 9-Güvenlik raporlama sistemi
- 10-Ulusal kodların kullanımı
- 11-Enfeksiyon kontrol uygulamaları ve önlemleri
- 12-Bölümdeki atıkların ayrıştırılması
- 13-Çalışan güvenliği uygulamaları
- 14-Hasta güvenliği uygulamaları

### 6.1. BİRİM YÖNETİCİSİ VE ÇALIŞANLARIYLA TANIŞMA

Ameliyathane daimi çalışanları; anestezi uzmanları, anestezi sorumlu teknisyeni, anestezi teknisyenleri, ameliyathane sorumlu hemşiresi, ameliyathane hemşireleri, ameliyathane personelleri, yüklenici temizlik şirketi elemanları ve yüklenici yazılım şirketi elemanlarıdır.

Ameliyathanenin yönetimiyle ameliyathaneden sorumlu ameliyathane sorumlu cerrahı ve başhekim yardımcısı görevli olup, hastane yöneticiliğine karşı sorumludurlar.

Anestezi uzmanları ve anestezi sorumlu teknisyeni, anestezi bölümünde çalışan personelin hizmetle ilgili amiri olup, onların düzenli ve verimli çalışmalarını sağlar. Bölümünden ameliyathane sorumlu cerrahına ve ameliyathaneden sorumlu başhekim yardımcısına karşı sorumludur.

Ameliyathane sorumlu hemşiresi, ameliyathane hemşirelerinin, ameliyathane personelinin, temizlik şirketi elemanlarının ve yazılım şirketi elemanlarının birinci derecede amiri olup, buradaki hizmetlerin yürütülmesinden hastane yöneticiliğine, ameliyathane sorumlu cerrahına ve ameliyathaneden sorumlu başhekim yardımcısına karşı sorumludur. Mesai saatleri dışında hastanede bulunan nöbetçi/icapçı anestezi uzmanı ameliyathaneden sorumludur.

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
Kalite Yönetim Birimi	Kalite Yönetim Direktörü	Mesul Müdür

KOD	YAYINTARİHİ	REVİZYON TARİHİ	REVİZYON NO	SAYFA NO
SAH.RH.01	01.01.2017	----	0	2 / 12

## 6.2. BİRİMİN FİZİKİ YAPISININ TANITILMASI

Ameliyathanemizde aktif çalışan 11 genel 2 lokal ameliyat masamız bulunmaktadır. Ameliyathane kullanılabilir ilaç ve sarf malzemelerin temin edilebileceği anestezi ve cerrahi depo, 5 adet cerrahi yıkanma lavabosu, 3 adet soyunma odası, 2 adet tuvalet,1 adet evsel atık odası,1 adet tıbbi atık odası,1 adet hasta karşılama odası, dekontaminasyon odası, sterilizasyon ünitesi, hemşire dinlenme odası, anestezi teknisyeni dinlenme odası, anestezi doktoru dinlenme odası, yemekhane bulunmaktadır.

Her ameliyat odasında 1 ameliyat masası, 1 anestezi cihazı,1 hasta başı monitörü,1 adet mai pompası,1 adet perfüzör,yedek oksijen ve azot protoksit tüpleri,adult ve pediatrikambu setleri,oksijen maskeleri,ameliyathane genelinde toplam 4 adet olmak üzere hasta ısıtıcılar, 2 adet tavan lambası,2 cerrahi ve 2 anestezi olmak üzere 4 adet aspiratör bulunmaktadır. Ayrıca lokal odası hariç bütün ameliyathane odalarında ısı ve nem takibi için termo-higrometre bulunmaktadır. Ameliyat odaları içerisinde duvara monte kontrol panelleri, merkezi sistem oksijen, azotprotoksit, 4-8 bar basınçlı hava, vakum sistemleri mevcuttur

### ➤ Ameliyathane, personel giriş-çıkışı kuralları

Ameliyathane çalışanları personel giriş kapısından non-steril alana girer. İçeri girerken galoş veya non-steril alan terliği giyilir.

➤ **Non steril alan:** Personel giriş kapısı ve koridoru, ameliyathane yemekhanesi, dekontaminasyon odası, soyunma odaları, tuvaletler, atık odaları olarak belirlenmiştir.

Soyunma odasına geçilerek ameliyathane formaları giyilir. Maske ve bone takma, terlik değiştirme bölümünü kapsar.

Bu bölümde post op odasının girişinde bulunan steril alan terlik rafından terlik alınarak giyilir ve çıkarılan non steril alan terlikleri rafa konulur. Non-steril alanda giyilen terlik ile bu bölüme basılmaz.

Bu bölümde ameliyathane forması dışında bir giysi ile bulunulamaz. Yarı steril alandaki rafta bulunan maske ve bone takılır.

### ➤ Steril alan

Yarı steril alanın bitiminden itibaren başlayan ameliyat odaları, koridorlar, steril malzeme deposu ve malzeme depoları steril alan olarak kabul edilir. Bu alanda bulunmak için personel ameliyathane formasını giyer, maske ve bone takar. Ameliyat sırasında steril boks gömleği bu formanın üstüne giyilir.

## 6.3. BİRİMİN FAALİYETLERİ VE İŞLEYİŞİ

Ameliyathane hizmetleri, randevulu hastalar için hafta içi her gün 08.00 -16.00 saatleri arasında verilir.

Acil hastalar için ameliyat hizmetleri her gün kesintisiz 24 saat verilir.

Ameliyat kararı verilen hastaya/velisine “Anestezi Hasta Aydınlatılmış Onay formu” imzalatılarak dosyasına konur.

Hasta servisten ayrılmadan önce servis hemşiresi tarafından” cerrahi güvenlik kontrol listesinin “1. Klinikten ayrılmadan önce” bölümü doldurulur.

Ameliyat olacak hasta, ilgili klinikte ameliyat öncesi bakım talimatına göre hazırlanır ve ameliyathaneye servis hemşiresi tarafından getirilir.

Ameliyathaneye gelen hasta anestezi teknisyeni tarafından kimlik bilgileri kontrol edilerek hasta giriş kapısından teslim alınır.

Hemşire hasta hakkında zaten hasta dosyasında mevcut olan, kısa sözel bilgi verir. (hasta kaç saattir aç, giden mayisi, eğer varsa ameliyat öncesi işlemi, eğer verildiyse sedatif ilaçlar ) .

Hasta kimlik bilgileri hasta kimliği tanımlayıcısından bakılarak hasta adı soyadı, doğum tarihi bilgileri hasta dosyasından doğrulanmalıdır. Sonra sözel olarak doğrulanır.(hastanın bilinci açıksa).

Kontroller bittikten sonra ameliyathanedeki ilgili personel tarafından sedye transferi yapılarak ameliyat odasına alınır.

### ➤ Ameliyat

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
Kalite Yönetim Birimi	Kalite Yönetim Direktörü	Mesul Müdür

KOD	YAYINTARİHİ	REVİZYON TARİHİ	REVİZYON NO	SAYFA NO
SAH.RH.01	01.01.2017	----	0	3 / 12

Ameliyatın yapılacağı salon ve gerekli ameliyat malzemeleri ameliyathane hemşiresi, anestezi teknisyeni ve oda personeli tarafından hazırlanır.

Ameliyat sırası gelen hasta personel tarafından ameliyathaneye getirilir ve ameliyat masasına alınır.

Hasta ameliyat masasına alındıktan sonra anestezi teknisyeni tarafından cerrahi güvenlik kontrol listesinden “anestezi verilmeden önce” adlı bölüm anestezi teknisyeni tarafından doldurulur teknisyen ve anestezi uzmanı tarafından imzalanır.

Cerrahi güvenlik kontrol listesinden “Ameliyat kesisinden önce” adlı bölüm sirküle hemşire tarafından doldurulur. Cerrahi hekime imzalatılır.

Ameliyat ekibi hazırlanır. “Cerrahi El Yıkama Talimatı” na uyulur.

Anestezi uzmanı tarafından, hasta için uygun olan anestezi yöntemi uygulanır.

Hastaya; cerrahi uzmanının uygun göreceği pozisyon, ameliyat ekibi tarafından verilir.

Ameliyat bölgesi hazırlığı tamamlanır ve hasta steril olarak örtülür. ameliyata başlanır.

Ameliyat bitmeden önce güvenli cerrahi kontrol listesinden “ameliyattan çıkmadan önce “ adlı bölüm sirküle hemşire tarafından doldurulur. Hasta dosyasına konur.

#### ➤ Patoloji Taşınması

Patoloji materyalini vaka sonunda hemşire teslim eder.

Hemşire materyali teslim ederken hangi laboratuara gideceğini personele söyler.

Personel nereye gideceğini aktif iletişimle teyit eder.

Materyal eğer patolojiye gidecekse %10 luk formalin içine konur.

Eğer mikrobiyolojiye gidecekse formalin içine konulmaz! Kapak kapatılır.

Etiket üzerine; Tarih, hasta adı soyadı, doktor adı materyalin adı personel tarafından yazılır.

Hemşire kontrol eder. Sorumluluk hemşire ve personele aittir.

Patoloji kabı deponun girişinde bulunan rafa işlem den geçmeyen bölümüne konur.

Odada unutulmuş, rafa boş konulan üzerinde ismi yazılmayan, üzerinde yanlış isim yazılan, patoloji kaplarından personel ve hemşire birlikte sorumludur

Patoloji istemleri bilgi işlem personeli tarafından otomasyon sistemi üzerinden yapılır.

Gün içinde alınan tüm numuneler/ampüte organlar patoloji laboratuvar görevlisine tutanakla teslim edilir.

Ameliyatı biten hasta post-op derleme odasına alınır.

Anestezi uzmanının onayı ile servise gönderilme kararı verilen hasta, ameliyathane personeli ve anestezi teknisyeni tarafından servisten ameliyathaneye gelen servis hemşiresine, hasta çıkış kapısında teslim edilir.

Ameliyatta kullanılan ilaçlar anestezi teknisyeni tarafında anesteziyoloji kliniği ilaç formu sarf malzemelerde hemşireler tarafından “ameliyathane sarf malzeme formuna yazılır.

Bilgi işlem personeli tarafından hasta hesabına girilerek stoktan düşülür.

Ameliyatın bitimini takiben yapılan ameliyatın kodu, ameliyata giren anestezi uzmanı, anestezi şekli, ameliyat süresi, masası, yöntemi, sınıfı ve ameliyat ekibi üyelerinin adları otomasyon sistemi üzerinden kaydedilir.

Ameliyat sonrası odadaki atıklar toplanır. Odanın temizliği yapılarak bir sonraki ameliyat için hazır hale getirilir.

Ameliyat sırasında kullanılan cerrahi alet ve malzemeler, hemşireler tarafından sayılarak “alet ve malzeme teslim formu” doldurulur, dekontaminasyon odasına hemşire tarafından verilir.

Dekontaminasyon görevlisi kirli malzemeyi sayarak teslim alır

#### 6.4. ÇALISANIN BİRİMDEKİ GÖREV VE SORUMLULUKLARI AMELİYATHANE HEMŞİRESİNİN GÖREVLERİ

##### ➤ Steril (Scrub) Hemşire

Ameliyat sırasında steril alan içinde çalışır.

Steril alanın korunmasına yönelik aseptik teknikleri uygular. Bulaşmayı (kontaminasyonu) önlemek için gerekli önlemleri alır.

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
Kalite Yönetim Birimi	Kalite Yönetim Direktörü	Mesul Müdür

KOD	YAYINTARİHİ	REVİZYON TARİHİ	REVİZYON NO	SAYFA NO
SAH.RH.01	01.01.2017	----	0	4 / 12

Ameliyathanede hasta güvenliğine yönelik gerekli önlemlerin alınmasını sağlar ve uygular.

Bir gün önceden ertesi günün ameliyat ve işlem tiplerini gözden geçirir. Alet ve malzeme ile ilgili hazırlık yapar.

Cerrahi işlem süresince ekipte yer alır.

Cerrahi el antisepsisini uygular. Steril gömlek ve eldiven giyer. Cerrahi ekibin steril gömlek ve eldiven giymesine yardımcı olur.

İşlem sırasında gereken steril alet, diğer malzemelerin hazırlanmasını ve kullanımını sağlar.

Hastanın steril örtülmesine yardım eder.

Malzemeleri kolay alınabilecek şekilde düzenler ve işlemin tipine göre cerrahın ihtiyacı olan malzemeyi önceden belirleyerek verir.

Cerrahi işlem sırasında ihtiyaç duyulan iğne, iplik gibi sarf malzemeleri yeteri kadar hazırlayarak kullanıma hazır hale getirir.

İşlem sonrası tüm aletleri, kompresler ve tamponları sirküle hemşire ile birlikte sayar ve kaydeder.

Ameliyat sırasında alınan doku örneklerini tanımlayarak sirküle hemşireye güvenli bir biçimde teslim eder.

Ameliyat sonrası malzemelerin temizlenmesini, sayılmasını, listeye uygun şekilde hazırlanmasını, steril edilmesini ve kullanıma hazır bulundurulmasını sağlar.

#### ➤ **Dolaşan (sirküle) Hemşire;**

Ameliyathanedeki hastanın hemşirelik bakımından sorumludur.

Ameliyat öncesi, sırası ve sonrasında cerrahi ekibin malzeme ihtiyaçlarını sağlar. Ameliyathanedeki hemşirelik hizmetlerinin düzenli yürütülmesinden sorumludur

Hastanın endişesini azaltmak için psikolojik destek sağlar.

Hasta için güvenli ve konforlu çevre sağlamada ekibi gözleyerek yardımcı olur.

Uygun hasta bakımı ve hasta güvenliği için gereken tüm uygulamalarını yapar.

Hastayı işlem sonrası güvenli bir biçimde ünite hemşiresine yazılı ve sözlü şekilde teslim eder.

Hastanın kimliğini doğrular, hasta bilgilerini gözden geçirir.

Hastanın ameliyat masasına alınmasına, uygun pozisyon verilmesine, güvenliğinin sağlanmasına yardım eder, mahremiyetini korur.

Cerrahi işlem süresince odada kalarak ihtiyaca yönelik destek verir. İhtiyaç duyulan tıbbi malzemeyi temin eder. Paket açma standartlarını uygular.

Cerrahi doku örneklerini (spesmen) uygun şekilde hazırlar, etiketler, kayıt eder ya da kayıt edilmesi için sekreterliğe teslim eder ve laboratuara gönderilmesini sağlar.

Yukarıda verilen görev, yetki ve sorumluluklar yerine getirilirken sorumluluk, yetki ve iletişim planında belirtilen birimlerle yatay ve dikey ilişkiler kurarak faaliyetlerini sürdürürler.

#### **6.5. BİRİME YÖNELİK YAZILI DÜZENLEMELER**

1-Acil pediatrik ilaç dozları formu.

2-Advers etki bildirim formu

3-Sterilizasyon ünitesi alet ve malzeme teslim formu

4-Alet ve malzeme teslim formu

5-Ambalajı benzer görünümlü ilaç listesi

6-Ameliyat sonrası derlenme odası hasta izlem formu

7-Ameliyathane kalp damar sarf malzeme formu

8-Ameliyathane odası temizlik ifa formu

9-Ameliyathane sarf malzeme formu

10-Anestezi –hasta aydınlatılmış onay formu

11-Anestezi güvenlik kontrol listesi

12-Anesteziyoloji takip formu

13-Anesteziyoloji ve reanimasyon kliniği ilaç formu

14-Anesteziyoloji ve reanimasyon kliniği sarf formu

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
Kalite Yönetim Birimi	Kalite Yönetim Direktörü	Mesul Müdür

KOD	YAYINTARİHİ	REVİZYON TARİHİ	REVİZYON NO	SAYFA NO
SAH.RH.01	01.01.2017	----	0	5 / 12

- 15-Aylık mesai saati günler ve izinle karşılanmayan çalışma süreleri çizelgesi
- 16-Beklenmedik olay bildirim formu
- 17-Buzdolabı ısı takip formu
- 18-Beyaz kod müdahale takip formu
- 20-Cerrahi girişimler için hasta bilgilendirme formu
- 21-Cihaz arıza istem formu
- 22-Düşme olayı bildirim formu
- 23-Eğitim katılımcı formu
- 24-Güvenli cerrahi kontrol listesi
- 25-Hasta başı test cihazı kontrol formu
- 26-hasta başı cihaz envanter listesi
- 27-Hemşire nöbet listesi
- 28-Günlük ısı ve nem takip çizelgesi
- 29-Işıktan korunması gereken ilaç listesi
- 30-Kesici ve delici alet yaralanmaları bildirim formu
- 31-Güvenli cerrahi kontrol listesi
- 32-hasta başı test cihazı kontrol formu
- 33-Toplantı bildirim formu
- 34-Advers etki bildirim formu
- 36-Tuvalet temizlik formu
- 37-Ameliyathane kalp damar sarf malzeme listesi
- 38-Ameliyathane odası temizlik ifa formu

## 6.6-BİRİM İLE İLGİLİ HİZMET KALİTE STANDARTLARI

Ameliyathane için düzenleme yapılmalıdır.		15
1	Hasta ve personel girişi ayrı olmalıdır.	
2	Steril, yarı steril ve steril olmayan alanlar tanımlanmalı, Tanımlanan alanın özelliğine uygun kurallar belirlenmelidir.	
3	Steril alan yüzeyleri pürüzsüz, yuvarlak köşeli, gözeneksiz, kolay temizlenebilir, dezenfekte edilebilir nitelikte ve derzsiz malzeme ile kaplanmış olmalıdır.	
4	Sterilizasyon şartlarını sağlayacak şekilde hepa filtre veya benzeri mikroorganizmaları süzebilen ve tutabilen havalandırma sistemi bulunmalıdır.	
Ameliyathane süreçlerinin işleyişine ilişkin yazılı düzenleme bulunmalıdır.		5
5	Yazılı düzenleme; o Ameliyathaneye hasta ve çalışan giriş çıkışı ile ilgili uygulamaları, o Ameliyathanede hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili önlemleri, o Temizlik ve dezenfeksiyon kurallarına ilişkin uygulamaları, o Malzeme ve ilaç yönetimine ilişkin düzenlemeleri kapsamalıdır.	
Her bir ameliyathane odasının sıcaklık ve nem takibi yapılmalıdır.		10
6	Oda sıcaklığı 20-23 o C olmalı, o Ameliyatın türüne ve ihtiyaca göre 18-26 o C arasında ayarlanabilmelidir.	
7	Bağıl nem minimum %30, maksimum %60 olmalıdır.	
Merkezi tıbbi gaz basınçları izlenmelidir.		10
8	Medikal gaz kontrol panosundan ve anestezi cihazı üzerindeki göstergelerden merkezi tıbbi gaz (oksijen, azot ve varsa medikal hava) basınç ölçümleri kontrol edilmelidir.	

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
Kalite Yönetim Birimi	Kalite Yönetim Direktörü	Mesul Müdür

KOD	YAYINTARİHİ	REVİZYON TARİHİ	REVİZYON NO	SAYFA NO
SAH.RH.01	01.01.2017	----	0	6 / 12

Havalandırma sistemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.		15
9	Havalandırma sisteminin bakımı periyodik olarak yapılmalıdır.	
10	Basma hava debisi minimum 2.400 m <sup>3</sup> /h olmalıdır.	
11	Taze hava debisi minimum 1.200 m <sup>3</sup> /h olmalıdır.	
12	Ameliyathane odasındaki partikül sayısı tespitine dair periyodik ölçümler yapılmalıdır.	
Elektrik kesintisine yönelik düzenleme yapılmalıdır.		10
13	Tüm cihazların bağlandığı prizler kesintisiz güç kaynaklarıyla beslenmelidir.	
14	Kesintisiz güç kaynaklarının periyodik olarak bakımı ve kontrolü yapılmalıdır.	
Hasta transferine yönelik düzenleme yapılmalıdır.		15
15	Hasta transferi en az bir sağlık çalışanı eşliğinde yapılmalıdır.	
16	Hasta sağlık çalışanı tarafından sağlık çalışanına teslim edilmelidir.	
17	Ameliyat öncesi ve sonrası hasta teslimi sırasında, ameliyat sürecine ilişkin bilgiler sağlık çalışanı tarafından sağlık çalışanına sözlü ve yazılı olarak iletilmelidir.	
Güvenli cerrahiye yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.		20
18	Tüm cerrahi işlemlerde, klinikte doğru bölge ve taraf işaretleme süreci hekim tarafından gerçekleştirilmeli ve işlem hastaya da doğrulatılmalıdır.	
19	Cerrahi Güvenlik Kontrol Listesi; kontrol listesi sorumlusu tarafından anestezi verilmeden önce, ameliyat kesisinden önce ve hasta ameliyathaneden çıkmadan önce uygulanmalıdır.	
20	Cerrahi Güvenlik Kontrol Listesi hasta dosyasında saklanmalıdır.	
Hasta yakınları için bekleme alanları düzenlenmelidir.		10
21	Bekleme alanlarında, oturma alanları bulunmalıdır.	
22	Bekleme alanları temiz olmalıdır.	
23	Bekleme alanlarında iklimlendirme sağlanmalıdır.	
24	Hasta yakınlarının bilgi alabilmelerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	
İlaç ve kit muhafaza edilen buzdolaplarının sıcaklık takipleri yapılmalıdır.		10
25	Buzdolaplarının içinde bulunan malzemelere göre sıcaklık takibi yapılmalıdır.	
Hasta Başlı Test Cihazlarının (HBTC) kullanımı düzenlenmelidir.		15
26	HBTC'nin kullanıldığı bölümlerde sorumlular belirlenmelidir.	

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
Kalite Yönetim Birimi	Kalite Yönetim Direktörü	Mesul Müdür

KOD	YAYINTARİHİ	REVİZYON TARİHİ	REVİZYON NO	SAYFA NO
SAH.RH.01	01.01.2017	----	0	7 / 12

27	HBTC'nin envanteri tutulmalıdır.	
28	HBTC'nin bakımı ve temizliği yapılmalıdır.	
29	HBTC için kalibrasyon ve kalite kontrol testleri çalışılmalı ve kayıt altına alınmalı, o Kalite kontrol sonuçlarında uygunsuzluk tespit edilmesi halinde düzeltici önleyici faaliyet başlatılmalıdır.	
30	HBTC'yi kullanacak çalışanlara; o Çalışılacak testlerin pre analitik, analitik ve post analitik evrelerinde dikkat edilmesi gereken hususlar, o Kalibrasyon ve kalite kontrol sonuçlarının değerlendirilmesi, o Cihazın temizliği ve bakımı hakkında eğitim verilmelidir.	
31	HBTC'de çalışılmış olan tüm test sonuçları, hasta dosyasına kayıt edilmelidir.	
<b>Hasta kimliğinin doğrulanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.</b>		20
32	Yatışı yapılan her hastada beyaz renkli kimlik tanımlayıcı kullanılmalıdır. o Alerjik hastalarda ise sadece kırmızı renkli kimlik tanımlayıcı kullanılmalı, o Hasta kimlik tanımlayıcı barkotlu olmalı, o Kimlik tanımlayıcıda; protokol numarası, hasta adı-soyadı, doğum tarihi (gün/ay/yıl) bilgileri yer almalı,	
33	Tanı ve tedavi için yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanmalıdır.	
34	Doğum sırasında kız bebeklere pembe, erkek bebeklere mavi kimlik tanımlayıcı kullanılmalıdır. o Aynı seri numaralı anne-bebek kimlik tanımlayıcısı kullanılmalı, o Annedeki beyaz kimlik tanımlayıcı bebeğin cinsiyetine göre belirlenen kimlik tanımlayıcı ile değiştirilmeli, o Bebeğin kimlik tanımlayıcısında; annenin adı-soyadı, bebeğin doğum tarihi (gün/ay/yıl) bilgileri ve anne veya bebeğin protokol numarası bulunmalıdır.	
35	Sağlık çalışanları, hasta kimlik tanımlayıcıların kullanımı ve hasta kimliğinin doğrulanması konusunda eğitilmelidir.	
<b>İlaçların karışmasını engellemeye yönelik düzenleme yapılmalıdır.</b>		15
36	İlaç isimleri kısaltılarak yazılmamalıdır.	
37	Yazılışı, okunuşu, ambalajı birbirine benzeyen ilaçların listeleri hazırlanmalı, o Listeler kullanım alanında bulunmalıdır.	
38	Yazılışı, okunuşu, ambalajı birbirine benzeyen ilaçların dolaplardaki yerleşimi ayrı raflarda yapılmalıdır.	
<b>Pediyatrik dozda kullanılacak ilaçlara yönelik tedbirler alınmalıdır.</b>		15
39	Pediyatrik dozdaki ilaçların listeleri ilgili bölümde bulunmalıdır.	
40	Pediyatrik dozdaki ilaçların dolaplardaki yerleşimi diğer ilaçlardan ayrı raflarda yapılmalıdır.	
41	Acil kullanılabilecek pediyatrik ilaçların kilograma göre dozları listelenmeli, o Listeler ilgili bölümde bulunmalıdır.	
<b>Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.</b>		10

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
Kalite Yönetim Birimi	Kalite Yönetim Direktörü	Mesul Müdür



KOD	YAYINTARİHİ	REVİZYON TARİHİ	REVİZYON NO	SAYFA NO
SAH.RH.01	01.01.2017	----	0	8 / 12

42	Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçlar kilitli alanlarda bulundurulmalıdır.	
43	Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçların devir teslimi yapılmalıdır. Devir teslim kayıtlarında; o İlacın hangi hastaya kaç adet kullanıldığı, o İlacın kullanıldığı tarih, o İlacı kimin uyguladığı, o Kime kaç adet ilaç teslim edildiği,	
44	Teslim alan ve teslim edenlerin imzaları kayıt edilmelidir.	
<b>Advers Etki Bildirimi ile ilgili düzenleme yapılmalıdır.</b>		15
45	Ciddi ve beklenmeyen Advers etkiler farmakovijilans sorumlusuna bildirilmelidir.	
<b>Kan ve/veya kan ürünleri için istem formu doldurulmalıdır.</b>		10
46	Kan ve/veya kan ürünleri istem formunda; o Hastanın; » Adı ve soyadı, » Protokol numarası, » Tedavi gördüğü bölüm, » Tanısı, » Kan grubu, » Transfüzyon endikasyonu, o Hastaya daha önce transfüzyon yapıp yapılmadığı, o Hasta kadın ise daha önce doğum yapıp yapmadığı, o Kan ve/veya kan ürününün istem gerekçesi, o Hazırlanacak kan ve/veya kan ürününün türü ve miktarı, o Planlanan verilme süresi, o Hekim kaşesi ve imzası yer almalıdır.	
<b>Transfüzyon sürecinin güvenliğini sağlamaya yönelik düzenleme yapılmalıdır.</b>		15
47	Transfüzyon öncesi, çapraz karşılaştırma test sonucu ile hasta bilgileri iki sağlık çalışanı tarafından doğrulanmalıdır.	
48	Transfüzyondan hemen önce, iki sağlık çalışanı tarafından; o Hastanın kimliği, o Kan ve/veya kan ürününün türü ve miktarı, o Ürünün planlanan verilme süresi doğrulanmalıdır.	
<b>Hastanın güvenli transferi sağlanmalıdır.</b>		15
49	Hastanın güvenli transferi sağlanmalıdır.	
<b>Çalışanlar tarafından kişisel koruyucu ekipman kullanılmalıdır.</b>		15
50	Bölüm bazında kullanılması gereken kişisel koruyucu ekipman belirlenmelidir.	
51	Kişisel koruyucu ekipman çalışma alanlarında ulaşılabilir olmalıdır.	
52	Kişisel koruyucu ekipman kullanımı konusunda çalışanlara eğitim verilmelidir.	

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
Kalite Yönetim Birimi	Kalite Yönetim Direktörü	Mesul Müdür



KOD	YAYINTARİHİ	REVİZYON TARİHİ	REVİZYON NO	SAYFA NO
SAH.RH.01	01.01.2017	----	0	9 / 12

Tıbbi cihazların yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır .		15
53	Tıbbi cihazların bölüm bazında envanteri bulunmalıdır.	
54	Tıbbi cihazların bakım, onarım, ölçme, ayar ve kalibrasyonlarına yönelik plan bulunmalı, o Plan dahilinde cihazların ölçme, ayar ve kalibrasyonları yapılmalıdır.	
55	Kalibrasyonu yapılan cihazların kalibrasyon etiketi bulunmalıdır. Etikette; o Kalibrasyonu yapan firmanın adı, o Kalibrasyon tarihi, o Geçerlilik süresi, o Sertifika numarası bulunmalıdır.	
Hastanenin temizliğine yönelik düzenleme yapılmalıdır.		15
56	Bölüm bazında temizlik planı bulunmalıdır.	
57	Risk düzeylerine göre temizlik kuralları belirlenmelidir.	
58	Temizlik malzemeleri ve malzemelerin kullanımı ile ilgili kurallar belirlenmelidir.	
59	Tüm kapalı ve açık alanların temizlikleri kontrol edilmelidir. o Kontrol aralıkları, o Kontrol sorumluları belirlenmelidir.	
Kişisel temizlik alanlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.		15
60	Kişisel temizlik alanlarının kapıları dışarı doğru açılmalıdır.	
61	Kişisel temizlik alanlarının temizliği sağlanmalıdır.	
62	Kişisel temizlik alanlarında temizlik malzemeleri bulundurulmalı, o Sıvı sabun, kâğıt havlu, tuvalet kâğıdı ve poşetli çöp kutusu bulundurulmalıdır.	
63	Sıvı sabun kaplarının üstüne ekleme yapılmamalı, o Boşalan sabunluk yıkayıp iyice kurutulduktan sonra tekrar doldurulmalıdır.	
El hijyenini sağlamaya yönelik malzeme bulunmalıdır.		15
64	Sağlık hizmeti sunulan alanlarda alkol bazlı el antiseptikleri bulunmalıdır.	
Atıkların kaynağında ayrıştırılmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.		15
65	Her bölüm için atıklar belirlenmelidir.	
66	Uygun atık kutuları kullanılmalıdır.	

## 6.7. BİRİM İLE İLGİLİ OTOMASYON SİSTEMİ

Tüm hemşirelere HBSY giriş şifreleri bilgi işlem tarafından verilir. Giriş yaptıktan sonra diğer modüller kalite yönetim modülüne girerek tüm talimatlar, formlar, görev yetki ve sorumluluklar, prosedürlere kolayca ulaşabilirler. Ayrıca verilen şifreyle kendilerine gelen tüm mesajları okurlar. Tüm resmi yazılar mesaj aracılığıyla gelir, çalışanlar bu mesajları takip etmek zorundadır.

## 6.8. KİŞİSEL KORUYUCU EKİPMAN KULLANIMI

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
Kalite Yönetim Birimi	Kalite Yönetim Direktörü	Mesul Müdür

KOD	YAYINTARİHİ	REVİZYON TARİHİ	REVİZYON NO	SAYFA NO
SAH.RH.01	01.01.2017	----	0	10 / 12

➤ **Kişisel Koruyucu Ekipmanlar:**

Önlük, Eldiven, Cerrahi Maske, N95 Solunum Maskesi, El Antiseptik Solüsyonları, Sabun, Kağıt Havlu, Kurşun Önlük, Kurşun Eldiven, Kurşun Gözlük, Tiroid Koruyucu, Gonadal koruyucu gibi ekipmanlara kolayca ulaşabilirler.

**6.9. GÜVENLİK RAPORLAMA SİSTEMİ**

Ameliyathane hizmetlerinde çalışanlara yönelik belirlenen riskler için koruyucu önlemler alınır.

Çalışanların gördüğü aksaklıklar güvenlik raporlama sistemi ile kalite birimine bildirilerek kayıt altına alınır, gerekli düzeltici önleyici faaliyetler alınır.

-Hastaya zarar veren

-Zarar oluşmadan önce fark edilen olayların benzerlerinin oluşmasını

-Bildirim yapılan olaylardan bir eğitim materyali oluştur

-Sağlık kurumlarında raporlama kültürü oluşturmayı, önlenmesini öngörmektedir

-Bu olaylardan ders çıkarılmasını sağlamayı, amaçlamaktadır.

Güvenlik Raporlama Sistemine tüm sağlık çalışanlarının katılması ancak sistemin işlevselliğinin sağlanmasında ise kurum yöneticileri ve Kalite Yönetim Direktörlerinin sorumluluğu büyük önem taşımaktadır.

Bu noktada asıl önemli olan, kurum çalışanlarının bu formlara kurumun tüm bölümlerinden kolaylıkla ulaşabilmesini ve doldurulan formların bildirim yapan sağlık çalışanının bilinmesini önleyecek şekilde anonim ve gizlilik esasıyla kalite yönetim birimine iletilmesini sağlayacak bir düzenleme yapılmasıdır.

➤ **Bildirim sisteminde temel kurallar**

-Bildirim formunda yer alan “ olayı anlatınız” bölümünün doldurulması zorunlu olup diğer iki bölümün doldurulması ise ihtiyaridir.

-Çalışanlar, personel ve hasta isminden bağımsız olarak sadece olayın konusu ve olaya ilişkin bilgilere yer vermelidir

-Olay ile ilgisi olan çalışanların ve hastaların isimleri için herhangi bir tanımlayıcı kullanılmamalıdır

-Forma, olayın gerçekleştiği bölüm veya birim ismi ile olayın olduğu tarih ve saat bilgileri

yazılmamalıdır. .

-Bildirim formları, kurallara uygunluk açısından Kalite Yönetim Birimi tarafından değerlendirilmelidir.

-Hasta ve çalışanın isminin yer aldığı ve/veya tanımlayıcı bulunan formlar değerlendirmeye alınmamalıdır

-Olayın gerçekleştiği bölüm veya birim ismi ile olayın olduğu tarih ve saat bilgileri yer alan formlar değerlendirmeye alınmamalıdır.

-Olay, bildirim yapanın kendi cümleleri ile anlatılmalıdır

**6.10. ULUSAL KODLARIN KULLANIMI**

➤ **PEMBE KOD**

**Pembe Kod:** Hastanemizde bulunan bebek ve çocuk kaçırma girişiminin veya kaçırma durumunun tespit edilmesi halinde pembe kod müdahale ekibine hızla haber verilmesini sağlayan ekibin olay yerine en kısa zamanda ulaşmasına yardımcı olan erken uyarı ve yönlendirme sistemidir.

**Pembe kod müdahale sorumluları:**

Başhekim Yardımcısı, Sağlık bakım hizmetleri müdür yardımcısı, güvenlikten sorumlu Müdür Yardımcısı, Çocuk Cerrahi Servisi Sorumlu Hemşiresi, teknik servis personelidir.

**Pembe kod müdahale ekibi:**

Mesai saatleri içinde; başhemşire yardımcısı, güvenlikten sorumlu müdür yardımcısı, Çocuk Cerrahi Servisi Sorumlu Hemşiresi, teknik servis personeli ve güvenlik görevlisinden oluşan ve olay yerine giden ekiptir.

Hastanemizde kaçırılması durumunda, bu olayın yaşandığı bölüm çalışanları olayı hemen 3333ü çevir, operatörden pembe kod ikazını duy ve emin ol ikaz duyduktan sonra devam edilecekse # tuşuna basılarak pembe kod uygulamasını başlat. Telefonu kapat pembe kod ekibi yolda.

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
Kalite Yönetim Birimi	Kalite Yönetim Direktörü	Mesul Müdür

KOD	YAYINTARİHİ	REVİZYON TARİHİ	REVİZYON NO	SAYFA NO
SAH.RH.01	01.01.2017	----	0	11 / 12

Pembe kod ekibi olay yerine geldikten sonra pembe kod numarası olan "3333"yi arayarak ve '# 77'yi tuşlayarak sonladı ikazını duyduktan sonra telefonu kapat

Tüm çıkışlar güvenlik görevlileri tarafından kapatılır.

Tüm giriş ve çıkışlar kontrollü olarak yapılır.

Emniyet güçleri haberdar edilir.

Şüpheli şahıslar mutlaka güvenliğe bildirilir.

#### ➤ MAVİ KOD

Solunum ve Kardiyö pulmoner 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 belirlemektir.

#### Temel İlkeler

En önemli hedef, yaşamsal organların korunması ve fonksiyonlarının idamesidir.

Mavi kod durumu müdahalesinde zaman çok önemlidir. Kalp ve solunum fonksiyonlarının uyumlu bir şekilde sürdürülmesi için kaybedilen her saniye hastanın yaşamını riske eder.

Temel ve ileri yaşam desteğine yönelik yapılan organizasyonun devamlılığı 7 gün, 24 saat sağlanır.

Arrest olduğu anda hasta yakınındaki CPR eğitimi almış olan kişiler, temel yaşam desteği işlemini başlatmakla yükümlüdür.

İleri yaşam desteği, bu konuda eğitim almış olan mavi kod müdahale ekibi tarafından yapılır. Mavi kod müdahale ekibi gelene kadar sorumlu doktor ve hemşire resisütasyonu sürdürür.

Acil arabaları ve resisütasyonda kullanılan tüm ekipmanın, tüm servislerinde standart olarak düzenlenmesi sağlanır.

#### Mavi kod durumunu tespit eden personel:

Hastanın durumunu tanımlar ve yardım ister.

**Mavi kod uyarı noktasından mavi kod numarası olan "2222"yi arayarak mavi kod uyarısını başlatır. Operatörden mavi kod ikazını duy ve emin ol ikaz duyduktan sonra devam edilecekse # tuşuna basılarak mavi kod uygulamasını başlat.** Telefonu kapat mavi kod ekibi yolda.

**Mavi kod ekibi olay yerine geldikten sonra mavi kod numarası olan "2222"yi arayarak ve '# -77'yi tuşlayarak sonladı ikazını duyduktan sonra telefonu kapat.**

Kat doktoruna haber verir.

Personelin acil arabasını çekmesini sağlar.

Olanak varsa hastayı monitörize eder.

Mavi kod ekibi ulaştığında onlara yardım eder.

#### Mavi kod müdahale ekibi:

Mavi Kod durumunda en kısa zamanda yönlendirme mesajındaki bölgeye giderek olay yerine ulaşır.

Hastaya ulaştığında anestezi doktoru liderliği diğer ekipten devralır.

Hastanın hemşiresi veya doktorundan hasta hakkında bilgi alır.

Defibrilatörü, monitorizasyonu ve damar yolunu kontrol eder.

Gerekirse hemen entübasyon yapar ve hastayı mekanik vantilatöre bağlar.

CPR'yi sürdürür ve tüm ileri yaşam desteği girişimlerini yönetir.

Gerekirse konsültasyon ister.

CPR başarılı ise hastanın yoğun bakım şartlarına alınmasına eşlik eder.

Mesai bitiminde üzerinde bulunan pager cihazını diğer ekibe çalışır durumda teslim

Mavi kod müdahale ekibi, hastanın servis doktoru, hemşiresi, mavi kod sorumluları ve tüm personel sorumludur.

#### ➤ BEYAZ KOD

Hastanedeki hasta/hasta yakını ve personelinin karşılaşacağı fiziksel saldırı, cinsel taciz ve şiddet durumlarında alınacak güvenlik önlemlerini, uygulanacak stratejilerini belirlemektir. Hastanemiz hasta ve personelinin karşılaşacağı fiziksel saldırı, cinsel taciz ve şiddet durumlarında beyaz kod müdahale ekibine hızla haber verilmesini sağlayan ekibin olay yerine en kısa zamanda ulaşmasına yardımcı olan erken uyarı ve yönlendirme sistemidir. Beyaz kod müdahale ekibi: Mesai saatleri içinde; psikiyatri uzmanı, başhemşire

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
Kalite Yönetim Birimi	Kalite Yönetim Direktörü	Mesul Müdür

KOD	YAYINTARİHİ	REVİZYON TARİHİ	REVİZYON NO	SAYFA NO
SAH.RH.01	01.01.2017	----	0	12 / 12

yardımcısı, güvenlikten sorumlu müdür yardımcısı, psikolog ve güvenlik görevlisi hemen olay yerine giden ekiptir.

Mesai saatleri dışında; nöbetçi şef, nöbetçi müdür yardımcısı, süpervisor, güvenlik görevlisinden oluşan ve beyaz kod durumunda hemen olay yerine giden ekiptir.

Beyaz kod ekip sorumlusu: Mesai saatleri içinde psikiyatri uzmanı, Mesai dışında nöbetçi şef ekip sorumlusudur.

**Beyaz kod uyarı noktasından beyaz kod numarası olan "1111"yi arayarak beyaz kod uyarısını başlatır. Operatörden beyaz kod ikazını duy ve emin ol. İkaz duyduktan sonra devam edilecekse # tuşuna basılarak beyaz kod uygulamasını başlat. Telefonu kapat beyaz kod ekibi yolda.**

**Beyaz kod ekibi olay yerine geldikten sonra pembe kod numarası olan "1111"yi arayarak ve '# 77'yi tuşlayarak sonladı ikazını duyduktan sonra telefonu kapat.**

Tek güvenlik görevlisi olayı çözümlenemeyecek ise telsiz ile tüm güvenlik ekibini olay yerine sevk eder. Olaya sebebiyet veren kişi/kişiler olay yerinden uzaklaştırılır.

Adli vakalarda hastane polisine haber verilir, hastane polisi gerekli işlemleri yapar.

### 6.11. ENFEKSİYON KONTROL UYGULAMALARI VE ÖNLEMLERİ

1. Tırnaklar kısa olmalı, takma tırnak kullanılmamalıdır.

2. Preoperatif, eller dirseklere kadar en az iki-beş dakika uygun antiseptik ile ovulmalıdır. Tırnak dipleri 30 saniye süre ile fırçalanmalıdır. Cilt bütünlüğü bozulabileceği için tırnak dipleri haricindeki cilt fırçalanmamalıdır.

3. Cerrahi yıkanmayı takiben dirsekler fleksiyonda, eller yukarıda ve vücuttan uzakta duracak şekilde tutulur. Akacak su, el parmak ucunda dirseğe doğru olmalıdır. Eller steril havlu ile kurulmalı, steril operasyon önlüğü ve eldiveni giyilmelidir.

4. El ve kollarda takı bulunmamalıdır.

Alet ve yüzeyde, gözle görülen kan veya vücut sıvıları kontaminasyonu / kirlenmesi varsa, dezenfektan ile sonraki operasyondan önce temizlenmelidir.

5. Kontamine veya kirli operasyonlardan sonra özel temizlik veya operasyon odasının kapatılması gibi uygulamalar yapılmalıdır.

Cerrahi aletler açılmışsa, başlarken ya da sürerken, operasyon odasına girerken ağız ve burnu kapatacak cerrahi maskeyi giymelidir.

6. Operasyon odasına girerken baş ve yüz kıllarını örtecek şekilde kep takılmalıdır.

7. Galoş kullanılmamalıdır.

8. Cerrahi ekip, (önlüğü giydikten sonra ) steril cerrahi eldiven takmalıdır.

9. Sıvı geçirmeyen eldiven ve önlükler kullanılmalıdır.

10. Cerrahi giysiler görünür şekilde kirlendiğinde, Kontamine olduğunda ve / veya kan ya da diğer muhtemel enfekte materyal ile penetre olduğunda, değiştirilmelidir.

### 6.12. BÖLÜMDEKİ ATIKLARIN AYRIŞTIRILMASI

Evsel atıklar poşete siyah,

Tıbbi atıklar (vücut sıvılarıyla bulaşmış) kırmızı poşete,

Kesici delici aletler sarı kutuya atılır.

### 6.13. ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ UYGULAMALARI

Çalışan güvenliği talimatından ulaşılabilir.

### 6.14. HASTA GÜVENLİĞİ UYGULAMALARI:

Hasta güvenliği talimatından ulaşılabilir.

## 7. İLGİLİ DOKÜMANLAR:

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
Kalite Yönetim Birimi	Kalite Yönetim Direktörü	Mesul Müdür