



TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
2012

İÇİNDEKİLER

Tıbbi Hizmetlerin Genel Esasları	1
Acil Servis Hizmet Sunum Süreci	1
Poliklinik Hizmetleri Sunum Süreci	2
Yataklı Servis Hizmetleri Sunum Süreci	3
Laboratuvar Hizmetleri Sunum Süreci	4
Görüntüleme Hizmetleri Sunum Süreci	5
Konsültasyon Hizmetleri Sunum Süreci	6
Ameliyathane Hizmetleri Sunum Süreci	7
Sterilizasyon Hizmetleri Sunum Süreci	8
Yoğun Bakım ve Reanimasyon Hizmet Sunum Süreci	9
Doğumhane Hizmet Sunum Süreci	10
Ağız Diş Sağlığı Hizmet Sunum Süreci	11
Ambulans Hizmetleri Sunum Süreci	12
Eczane Hizmetleri Sunum Süreci	13
Özel Şartlar Gerektiren Ünite Hizmetleri	14
Tıbbi Sosyal Hizmetler Hizmet Sunum Süreci	15
Hasta Beslenme Hizmetleri Sunum Süreci	16
Numune Alma Hizmetleri Sunum Süreci	17
Sağlık Raporu Hizmetleri	18

Tıbbi Hizmetlerin Genel Esasları

- (1) Sağlık tesislerinin asli görevi; türlerine ve hizmet rollerine uygun tıbbi hizmetlerin, geciktirilmeden, hasta hakları, hasta ve çalışan güvenliği, hasta mahremiyeti ve veri gizliliği esaslarına özen gösterilmesi hususları da dikkate alınarak sunulmasıdır.
- (2) Hizmet sunumu; sağlık tesisi yöneticisi tarafından, kendi sağlık tesisinin özelliklerine uygun olarak düzenlenen ve güncel ihtiyaçlara göre revize edilen iş akış şemaları gereğince yürütülür.
- (3) Hizmet sunulan saatler içerisinde, sağlık tesislerine müracaat eden her hastanın kabul edilmesi esastır.
- (4) Tıbbi hizmetler alanında sunulan hizmetlere ait esaslar idari düzenlemelere göre sunulur.

1. Acil Sağlık Hizmetleri

- (1) Acil sağlık hizmetleri; bu hizmet için ayrılan bölümde, acil hastalara gereken acil tıbbi müdahalenin ön şartsız ve gecikmeksizin 24 saat kesintisiz olarak sunulması hizmetlerin bütününe ifade eder.
- (2) Acil servisi bulunmayan sağlık tesislerinde; acil sağlık hizmeti için müracaat eden hastalara, hayati fonksiyonlarının düzenli hale getirilmesi, zararın daha ileriye gitmesinin önlenmesi çerçevesinde müdahale edilir ve en kısa sürede hastalık ile uyumlu sağlık tesisine ulaşımı için koordinasyon sağlanır.

1.1. Acil Servis Hizmet Sunumu Süreci

1.1.1. Acil serviste genel düzenin sağlanması, ikinci ve üçüncü seviye acillerde hasta transferi, tetkik yönlendirme, çalışanlar arası koordinasyon, ilgili kliniklerle iletişimin kurulması, acil alanlarının temizliği ve düzenlenmesi, gerekli kayıt iş ve işlemlerinin yaptırılması, sağlık tesisi tedarik yönetim sistemine uygun malzeme ve ilaç temini gibi acil serviste ihtiyaç duyulan diğer hususlarda gerekli sorumluluğu alan ve yerine getiren sorumlu görevlendirilir.

1.1.2. Acil servis hizmet sunumu için gerekli şartları karşılamalıdır.

- a) Sağlık tesisi dışında acil servise ulaşımı kolaylaştırıcı tabela ve yönlendirici işaretler bulunmalıdır.
- b) Acil servis giriş tabelası, sağlık tesisi dışından görülebilir olmalı ve ambulans veya diğer araçların ulaşımının kolay olduğu ayrı bir giriş bulunmalıdır.
- c) Acil servis girişi diğer girişlerden bağımsız olmalıdır.
- d) Acil servis girişi engelli vatandaşlar için erişimi kolaylaştırıcı uygun şartları taşınmalıdır.
- e) Sağlık tesisi acil servis girişinde engelliler için çıkış rampaları ve tutunma çubukları bulunmalıdır.
- f) Acil servis içinde veya yakınında engelliler için lavabo ve tuvalet(ler) bulunmalıdır.
- g) Acil serviste çalışır durumda sedyeler ve tekerlekli sandalyeler bulunmalıdır.
- h) Odalardaki her yatak başında oksijen ve vakum paneli olmalıdır.
- i) Muayene, müdahale ve müşahade odalarında hasta mahremiyetine yönelik düzenleme bulunmalıdır.

ı) Hasta tedavi, müdahale ve bakım süreçlerinde kullanılmak üzere yeterli sayıda kişisel koruyucu ekipman (maske, gözlük...) bulundurulmalıdır.

j) Acil müdahale ekipmanının bulunduğu etajer /el arabası hazırlanmalı, bulunması gereken tüm ilaç ve malzemelerin kritik stok seviyeleri belirlenmeli, miat kontrolleri yapılmalıdır.

k) Müşahede yataklarında hastanın rahatlıkla ulaşabileceği çağrı zili/düğmesi bulunmalıdır.

k) Kritik hastaların acil serviste kaldığı süre boyunca izleminin yapılacağı monitorize bir alan bulunmalıdır.

1.1.3. Acil servis girişinde hasta transferini kolaylaştırıcı önlemler alınmalıdır.

a) Acil servis girişi araçların rahat hareket edebileceği, manevra yapabileceği genişlikte olmalıdır.

b) Acil servis girişinde hastaların transferine yardımcı olacak hasta karşılama ve yönlendirme görevlisi bulunmalıdır.

c) Hasta karşılama ve yönlendirme görevlisinin kıyafeti ayrı olmalı ve tanıtım kartları olmalıdır.

1.1.4 Acil serviste çalışan personelle ilgili düzenlemeler yapılmalıdır.

a) Acil serviste çalışan personel eğitimleri düzenli olarak yapılmalıdır.

b) Acil serviste çalışan sağlık hizmetleri sınıfı personeline CPR (Kardiy Pulmoner Resusitasyon) eğitimi verilmeli ve bu eğitim yılda en az bir kez tekrarlanmalıdır.

c) Acilde çalışan personelin unvan ve iletişim (unvan, telefon, adres, vb.) bilgileri kayıtlı olmalıdır.

d) Acil serviste yabancı dil ve işaret dili bilen personel görevlendirilmeli ya da ilgili personellere ulaşılabilecek düzenlemeler yapılmalıdır.

e) Acil servise konsültan doktor çağırma ve konsültan doktorun acil servise geliş saatleri kayıt altına alınmalıdır.

1.1.5. Sağlık tesisinin rolü doğrultusunda belirlenen acil seviyesine göre, acil servise müracaat eden hastanın, acil servis girişinde karşılanma hususları düzenlenir.

a) Birinci seviye hariç diğer seviyelerde, asgari bir sağlık personeli gözetiminde hastanın karşılanması sağlanır.

b) İkinci ve üçüncü seviye acillerde hasta ve yakınlarının acil servis girişinde kolaylıkla ulaşabilecekleri bir danışma ve yönlendirme birimi oluşturulur. Bu birimde en az bir sağlık personeli, hasta kayıt elemanı ve hasta transfer elemanı bulundurulur. Bu birimde görev yapan sağlık personeli hastanın ilk karşılamasını yapar durumuna uygun yönlendirme ve yardımı sağlar. Sağlık personeli her hasta için uygun zaman ve koşulda kayıt işlemini kayıt elemanına tamamlar. Bundan sonraki süreçler kurum tarafından aşağıda belirtilen hususlara uygun bir şekilde yazılı olarak tanımlanmış triaj uygulamaları ile devam ettirilir.

c) İkinci seviye acillerde hastanın ilk triajını yardımcı sağlık personeli yaparken, üçüncü seviye acillerde bu triaj işlemi hekim tarafından gerçekleştirilir. Bu triaj işleminin asıl amacı; hastanın kırmızı, sarı ve yeşil alanlar olarak tariflenen acil kategorilerine uygun şekilde dağılımının sağlanmasıdır. Hastanın hangi kategoride olduğu belirlendikten sonra yönlendirmesi bu doğrultuda yapılır.

d) Ambulansla acil servise getirilen hastaların triajları, hastanın acil servise sevki sırasında ambulans görevlileri tarafından yapılır ve ambulans personeli hastanın ulaştırılması hedeflenen sağlık tesisine konu ile ilgili bilgi verilerek gerekli ön hazırlıkların yapılması sağlanır. Ambulansla getirilen hastalar (112 Acil Servis veya başka sağlık tesisinden nakil)

ambulans görevlilerince direkt acil servisteki görevli hekime hasta sevk formu imzalatılarak teslim edilir.

e) Yeşil alana yönlendirilen hastaların hekim tarafından ilk muayenesi yapılır. Reçetesi verilir. Gerekliyse poliklinik için randevusu alınır.

f) Sarı ve kırmızı alanlardaki hastaların ilk muayeneleri hekim tarafından yapılır ve gerekli tahlil ve tetkikleri otomasyon programı üzerinden istenir. Alınan numunelere acil serviste barkod yapıştırılır, hasta yönlendirme ve refakat elemanı tarafından laboratuvara ulaştırılır. Eğer radyolojik tetkik gerekli ve cihaz mobilize olamıyorsa hasta tekerlekli sandalye veya sedye ile tetkikin yapılacağı radyoloji bölümüne hasta refakat ve yönlendirme elemanı tarafından götürülür.

g) Tetkik sonuçlarına göre hastalar yeniden değerlendirilir. Hastanın reçetesi verilir ve gerekiyorsa poliklinik için randevusu alınır. Hastaya tedavisine ek olarak rapor da verilmesi gerekiyorsa, rapor kağıdı hekim tarafından doldurulup imzalanır.

1.1.6. Muayeneyi yapan hekimin gerek görmesi halinde ikinci seviye acillerde cerrahi veya dahiliye dal nöbeti tutan hekim, üçüncü seviye acillerde ise ilgili branş hekimi davet edilerek tetkik ve tedavi süreci daha ileri aşamalara götürülür. Bu ileri aşamanın sonucunda:

a) Hastanın cerrahi veya medikal amaçlı yatışı verilebilir. Yatış gereken hastaların kat yönetici sekreteri ile koordineli olarak acil servis yönetici sekreteri tarafından elektronik ortamda yatış işlemi gerçekleştirilir ve gerekli formlar hekim tarafından doldurulur. Hasta ile ilgili tıbbi süreç bu forma kaydedilir. Hekim tarafından hastanın teşhisi ve hastaya yapılacak uygulamalar ve ilaçlar talimat formuna yazılarak paraf edilir ve hasta dosyasına yerleştirilir. Hastanın ilgili branşın dışındaki hastalığı için kullandığı ilaçlar da var ise bu bilgilerde talimatta belirtilir. Acil servis yönetici sekreteri hastayı evrakları ile birlikte teslim alır. İlgili kat yönetici sekreterini arayarak hasta yatağını hazırlatır. Hasta, yatağı hazır olana kadar gözlem odasında tutulur ve yatışı için gerekli kişisel ihtiyaç ve malzemelerini karşılamak amacıyla hasta yakını evine gönderilir. Bu süreç içerisinde hastanın yatağı hazır hale getirilir. Hasta, yatağı hazır olduğunda, hasta refakat ve yönlendirme elemanı eşliğinde ilgili servise sevk edilir.

b) Hastaya gününbirlik tedavi uygulanabilir. Hastaya, hekim tarafından uygulanmasına karar verilen sözlü ve yazılı talimatlar, hemşire eşliğinde acil servis gözlem odasında uygulanabilir.

c) Hasta sağlık tesisinin mevcut yataklarının dolu olması veya daha ileri tetkik ve tedavi uygulanması gereken durumlarda başka bir sağlık tesisine sevk edilebilir. Bu durumlarda sağlık tesisi idaresi tarafından, hastanın da tercihi göz önüne alınarak ilgili sağlık tesisi seçilir, hasta hakkındaki tıbbi ve diğer gerekli bilgileri içeren bir epikriz oluşturulur. Ambulans ile hastaların sevki gerçekleştirilir.

1.1.7. Acil serviste ex olan hastalar hemşire ve personel tarafından hazırlanır. Hasta üzerinde bulunan damar yolu, sonda, dren, kateter, elektrotlar vb. çıkartılır. Hasta künyesi çıkarılmaz. Sağ ayak başparmağına ex kartı takılır. Ölünün üzeri personel tarafından örtülerek morga götürülür. Sorumlu hekim tarafından hasta yakını uygun bir yerde ve şekilde bilgilendirilerek haberdar edilir.

1.1.8. Anamnez ve fizik muayene sonucu hastanın adli vaka olduğuna karar verilirse, sağlık tesisi polisi ve nöbetçi amir haberdar edilir. Hastanın geliş saati, kimlik bilgileri, geliş nedeni elektronik ortama kaydedilip adli raporu hazırlanır.

1.1.9. İlk muayene alanının büyüklüğü ve bu alanda bulundurulması gereken muayene kabin sayısı, o tesisin üstlenmesi hedeflenen iş yüküne göre belirlenir.

1.1.10. Acil muayene/müdahale odasına alınan hastanın kayıt işlemlerinin yapılabilmesi için, varsa hasta yakınından bilgi alınır, yoksa acil servis yönetici sekreteri tarafından bilgisayara kimlik bilgileri girilir. Acile müracaat eden hasta veya hasta yakınlarına, bilgilendirme yapılır ve aydınlanmış onam formu imzalatılır.

1.1.11. Acil servis alanlarında kullanılacak malzemelerin istemleri ilgili üniteye görev yapan personeller tarafından yönetici sekretere bildirilir. Yönetici sekreter talebin niteliğine ve sağlık tesisinin ihtiyaç yönetimi politikasına uygun olarak, ilgili birime gerekli bilgiyi verir ve teminini ister. İlgili birim tarafından, aciliyet sırası da dikkate alınarak, mevcut stoklardan veya tedarik yoluyla elde edilerek, acil birim sorumlusuna teslim edilir.

1.1.12. Bu alanların hasta ve personele yönelik yeterli güvenlik tedbirleri alınmalıdır. Güvenlik kod uygulaması bu alanlarda esastır. Güvenlik önlemleri kapsamında kamera sistemleri kurulurken hasta mahremiyetini özen gösterilmelidir.

2. Poliklinik Hizmetleri

(1) Poliklinik hizmetleri; sağlık tesislerinde, yatırılarak tedavi görmesi gerekmeyen hastalara sunulan muayene, tetkik ve tedavi işlemlerinin bütünüdür.

(2) Poliklinik hizmet sunumu kriterleri belirlenirken, hastanın kaliteli bir sağlık hizmetini, mümkün olan en iyi fiziksel ortamlarda ve en kısa sürede alması amaçlanmalı ve hasta memnuniyeti ön planda tutulmalıdır.

(3) Bu hizmeti sunacak her hekime, uygun bir muayene odası ile uzmanlık dalına ve yetkisine uygun tıbbi işlemler için gerekli alanlar düzenlenir.

(4) Sağlık tesislerinde yatan hasta ve diğer bölümlerdeki hizmetleri aksatmamak ve hasta konforunu etkilememek amacıyla ayrı bir poliklinik bölümü düzenlenebilir. Aynı uzmanlık dalında birden fazla hekimin bir arada hizmet sunduğu polikliniklerde, hastaların teker teker tıbbi işleme tabi tutulması ve muayene esnasında hasta mahremiyetinin sağlanması için gerekli önlemlerin alınması kaydıyla bazı tıbbi işlemler için ortak alanlar düzenlenebilir.

(5) Eğitim statüsüne sahip sağlık tesislerinde poliklinik muayeneleri başhekimin düzenleyeceği bir program dâhilin de aynı daldaki eğitim görevlileri, başasistan ve uzmanlar tarafından yapılır.

(6) Poliklinik muayenelerinde öncelik sırası uygulanabilmesi için gerekli düzenlemeler yapılır.

(7) Poliklinik muayene başlama ve bitiş saatleri belirlenerek, hastaların görebileceği bir şekilde ilan edilir. Belirlenen poliklinik başlama ve bitiş saatlerine uyularak, poliklinik hizmetleri kesintisiz olarak yürütülür.

(8) Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniklerinde de aynı hükümlere göre poliklinik yapılır.

2.1 Poliklinik Hizmeti Sunum Süreci

2.1.1. Poliklinik hastasını kayıt yaptırdığı alanlarda ve polikliniklerde hasta transferi, tetkike yönlendirme, çalışanlar arası koordinasyon, ilgili kliniklerle iletişimin kurulması, poliklinik alanlarının temizliği ve düzenlenmesi, gerekli kayıt iş ve işlemlerinin yaptırılması, sağlık tesis

tedarik yönetim sistemine uygun malzeme ve ilaç temini gibi poliklinikte ihtiyaç duyulan diğer hususlarda gerekli sorumluluğu alan ve yerine getiren poliklinik sorumlusu görevlendirilir.

2.1.2. Poliklinik içerisinde düzenlenecek Hasta Kayıt Birimi hizmet sunumu için gerekli şartları taşımaktadır.

a) Hasta Kayıt Birimi kolaylıkla görülebilecek ve ulaşılabilecek bir yerde bulunmalı, birimin her yönden kolaylıkla fark edilebilen ve okunabilen bir tabelası olmalıdır.

b) Hasta ile doğrudan iletişimi sağlayacak biçimde masa ve sandalyelerden oluşan ve hasta ile karşılıklı oturulabilir bir tasarımda olmalıdır.

c) Hasta Kayıt Biriminde sağlık tesisinde verilen hizmetlerin tanıtımı ile ilgili kitapçık ve broşürler bulundurulmalıdır.

d) Yaşlı ve engelli vatandaşların öncelikli oturmalarını sağlayacak (ayrılmış oturma grupları veya önceliği belirten uyarı levhaları vb.) düzenlemeler olmalıdır.

e) Hasta Kayıt Biriminde görevlendirilecek personel sayısı, polikliniğe başvuran günlük ortalama hasta sayısı dikkate alınarak kalite uygulama esaslarına göre düzenlenmelidir.

f) Hasta Kayıt Birimi görevlisine, uyum eğitimi, hasta memnuniyeti, iletişim becerileri ve kişilerarası ilişkiler gibi konularda eğitim verilmelidir.

g) Hasta kayıt görevlisi kurum hizmet süreçleri, kurum çalışanları ve mevcut uygulamalar (hekim seçme uygulaması) hakkında detaylı bilgiye sahip olmalıdır.

2.1.3. Poliklinik içerisinde düzenlenecek Danışma Birimi hizmet sunumu için gerekli şartları taşımaktadır.

a) Danışma Birimi görevlisine, uyum eğitimi, hasta memnuniyeti, iletişim becerileri ve kişilerarası ilişkiler gibi konularda eğitim verilmelidir.

b) Güncel sağlık tesisi bilgi rehberi (kurum krokisi, sunulan hizmetler, birim ve çalışan erişim bilgileri) Danışma Biriminde bulundurulmalıdır.

c) Danışma görevlileri diğer personelden ayırt edilebilecek kıyafet giymeli ve yaka kartı takmalıdır.

2.1.4. Sağlık tesisi hasta karşılama ve yönlendirme hizmetlerini yeterli bir şekilde sunmalıdır.

a) Poliklinik bekleme alanlarında sağlık tesisine başvuran günlük ortalama hasta sayısı dikkate alınarak kalite esaslarına uygun sayıda oturma grupları olmalıdır.

b) Sağlık tesisi ana binası ve tüm birimlerde yönlendirme levhaları (okunabilir, görülebilir büyüklükte ve duvar renginden ayırt edilebilir renklerde) bulunmalıdır.

c) Karşılama ve yönlendirme hizmetleri için görevlendirilecek personel sayısı polikliniğe başvuran günlük ortalama hasta sayısı dikkate alınarak kalite uygulama esaslarına göre düzenlenmelidir.

d) Karşılama ve yönlendirme hizmetlerinde yer alan her görevliye, uyum eğitimi, hasta memnuniyeti, iletişim becerileri ve kişilerarası ilişkiler gibi konularda eğitim verilmelidir.

e) Karşılama ve yönlendirme hizmetlerinde yer alan görevli, diğer personelden ayırt edilebilecek kıyafet giymeli ve yaka kartı takmalıdır.

f) Poliklinik girişleri, kat girişleri ve asansör çıkışları karşısında okunabilir boyutta ve ayırt edilebilir renklerde sağlık tesisi krokileri bulundurulmalı ve bu krokiler görme ve bedensel engelliler için ayrıca hazırlanmalıdır.

g) Sağlık tesisi sunduğu hizmetler, çalışma saatleri ve nasıl hizmet alınabileceği konusunda etkili bir bilgilendirme yapmalıdır. (web sitesi, broşür, tanıtım filmleri, panolar, basın yayın yoluyla bilgilendirme gibi)

h) Engelliler için düzenlemeler yapılmış olmalıdır. (asansörler, sağlık tesisi içi dışı rampalar, engelli tuvaletleri, otopark, vb.)

2.1.5. Poliklinik hizmeti almak isteyen hasta; daha önce muayene veya tedavi olduğu sağlık tesisinden sevkle, doğrudan başvuru yoluyla ya da telefon (MHRS gibi) veya internet gibi iletişim araçlarını kullanarak aldığı randevu ile sağlık tesisine başvurur.

a) Poliklinik muayene randevularının verilmesi için bir merkez oluşturulabilir ya da doğrudan poliklinik bankoları bu amaçla kullanılabilir. Merkezin ya da bankoların yükünü azaltmak için hasta telefonla randevu almaya yönlendirilmelidir.

b) Hasta eğer rahatlıkla mobilize olabiliyor ise poliklinik kaydını üzerinde mutlaka TC kimlik numarası ve yakın tarihli bir resminin bulunduğu kimlik kartı ile kendisi yaptırmalıdır. Eğer hastanın mobilizasyonunda herhangi bir sıkıntı var ise hasta mutlaka hasta yönlendirme ve refakat elemanlarınca tekerlekli sandalyeye alınmalıdır. Bu gibi hallerde hastanın beraberinde gelen yakını, hastanın TC kimlik numarası ve yakın tarihli bir resminin bulunduğu kimlik kartı ile kayıt işlemlerini yaptırabilir. Ancak poliklinik banko sekreteri mutlaka kimlikteki fotoğraf ile hastanın karşılaştırmasını yapmalıdır.

c) Mobilizasyonunda sıkıntı olan hastaların yanında bulunan hasta refakat ve yönlendirme elemanı hastanın sağlık tesisi içerisinde geçirdiği süre boyunca hasta mahremiyetine dikkat edilerek yanında bulunmalıdır.

d) Hastanın herhangi bir sosyal güvencesi var ise ilk kayıt aşamasında bu bilgilerde sisteme girilir. Eğer hastanın herhangi bir sosyal güvencesi yok ise kaydı açılan hasta veya hasta yakını muayene ücretini ödemek amacıyla vezneye yönlendirilir.

2.1.6. Hastaların hekim seçebilmelerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

a) Hekim seçme logosu sağlık tesisi girişine, poliklinik katına ve hastaların görebileceği yerlere asılmalıdır.

b) Hasta kabul/kayıt masası veya birimlerinde hizmet veren branş doktor/doktorların çalışma takvimi bulunmalıdır.

c) Her klinisyene en az bir oda tahsis edilmelidir.

d) Hekim seçme hakkını hastaların kullanabilmesi için görülebilecek bir yere, o gün poliklinikte görevli hekimlerin çalışma programı pano şeklinde asılır. Elektronik veya manüel olarak pano günlük güncellenir. Bu işlemleri düzenlemek, poliklinik yönetici sekreterinin sorumluluğu altındadır. Hasta, talep edilmesi halinde seçtiği hekimin polikliniğine yönlendirilir.

2.1.7. Polikliniklerde hasta mahremiyetine önem verilmelidir.

a) Poliklinik odasında muayene alanı paravanla tam olarak ayrılmış ya da hasta muayene sedyesi etrafı ayaklı perde ile tam olarak kapanabilen tasarımda olmalıdır.

b) Poliklinik odasında hasta varken aynı zamanda başka bir hasta alınmamalıdır.

c) Poliklinik odasında hasta varken, odada görevli personel dışında kimse (hasta yakını hariç) bulunmamalıdır.

2.1.8. Muayene odaları gereken şartları taşıyacak şekilde düzenlenmelidir.

a) Poliklinik oda kapılarına doktorun adı soyadı, varsa uzmanlık alanı ve unvanını belirten tabela asılmalıdır.

- b)** Doktorun hastalarını kabul ve muayene edebileceği uygun niteliklere sahip olmalıdır.
- c)** Muayene esnasında hasta mahremiyetinin sağlanması için gerekli önlemler alınmalıdır.
- d)** Her poliklinikte muayene olacak hastaların ismi veya sıra numarasının görülebilmesi için her bir polikliniğin dışına uygun elektronik sistem konulmalı ve çalışır durumda olmalıdır.
- e)** Doktor hastaların laboratuvar sonuçlarını poliklinikten görebilmelidir.
- f)** Hastaların laboratuvar sonuçlarına yazılı olarak ulaşabilmelerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

2.1.9. Muayene saati geldiğinde hasta poliklinik odasına alınır. Hastanın muayenesine geçilmeden önce mutlaka hekim veya tıbbi sekreter tarafından tekrar resimli kimlik belgesinden kimlik doğrulaması yapılmalıdır.

a) Hastanın otomasyon programından dosyası açılır ve muayenesi gerçekleştirilir. İlk muayene sonrası otomasyon programına ön tanımlar girilir ve bu tanımları doğrulamak amacıyla gerçekleştirilmesi istenilen tahlil ve tetkikler otomasyon programı üzerinden istenir.

b) Mobilizasyonu sorunlu olan hastalar, hasta yönlendirme ve refakat elemanı eşliğinde tekerlekli sandalye ile gideceği üniteye ulaştırılır. Sonuçların ne zaman tamamlanacağı hastaya bildirilir. Ayrıca poliklinik ekranlarından tahlil sonuçlarının ne zaman çıkacağı hakkında da bilgilendirme yapılabilir.

c) Ücretli hastaların tetkiklerinden önce vezneye tetkik ücretini ödemeleri sağlanır. Sosyal güvencesi olan hastalar ise doğrudan tetkik yapılacak bölüme yönlendirilir.

d) Hasta istenilen biyokimyasal ve mikrobiyolojik tahlillerini yaptırmak amacıyla numune alma birimlerine ve radyolojik tetkiklerini yaptırmak amacıyla da radyoloji birimine başvurur.

e) Tahlil ve tetkikleri sonuçlanan hasta tekrar muayene olduğu polikliniğe başvurur. Hekim tarafından, hastanın tetkik sonuçlarına, sağlık tesisi içerisinde elektronik ortamda ulaşılabilir. Hastanın istemesi durumunda hastaya tetkik sonuçları yazılı olarak da verilebilir. Tetkik sonuçlarının hastaya verileceği yer, laboratuvar bankosu veya poliklinik bankosu olarak sağlık tesisince belirlenir. Eline ulaşan son verileri değerlendiren hekim,

f) Hastanın reçetesini verebilir ve belirli bir zaman periyodu içinde kontrole çağırır. Kontrole çağırılan hastanın kontrol randevusu poliklinik yönetici sekreteri tarafından hemen verilir ve hastaya yazılı bir kâğıt üzerinde verilir.

g) Hasta sağlık tesisinin mevcut yataklarının dolu olması veya daha ileri tetkik ve tedavi uygulanması gereken durumlarda başka bir sağlık tesisine sevk edilebilir. Bu durumlarda sağlık tesisi idaresi tarafından, hastanın tercihi göz önüne alınarak ilgili sağlık tesisi seçilir, hasta hakkındaki tıbbi ve diğer gerekli bilgileri içeren bir epikriz oluşturulur ve MHRS üzerinden randevusu düzenlenerek hasta bilgilendirilir. Ambulans ile sevki gereken hastalar için 112 komuta merkezi ile irtibata geçilir.

h) Hastanın cerrahi ya da medikal amaçlı yatışı yaptırılabilir. Yatış gereken hastaların kat yönetici sekreteri ile koordineli olarak poliklinik yönetici sekreteri tarafından elektronik ortamda yatış işlemi gerçekleştirilir ve gerekli formlar hekim tarafından doldurulur. Hasta ile ilgili tıbbi süreç bu forma kaydedilir. Hekim tarafından hastanın teşhisi ve hastaya yapılacak uygulamalar ve ilaçlar talimat formuna yazılarak paraf edilir ve hasta dosyasına yerleştirilir. Hastanın ilgili branşın dışındaki hastalığı için kullandığı ilaçlar da var ise bu bilgilerde talimatta belirtilir. Poliklinik yönetici sekreteri hastayı evrakları ile birlikte teslim alır. İlgili kat yönetici sekreterini arayarak hasta yatağını hazırlatır. Hasta, yatağı hazır olana kadar

bekleme alanında istirahat ettirilir veya yatışı için gerekli kişisel ihtiyaç ve malzemelerini karşılamak amacıyla evine gönderilir. Bu süreç içerisinde hastanın yatağı hazır hale getirilir. Hasta, yatağı hazır olduğunda, hasta refakat ve yönlendirme elemanı eşliğinde ilgili servise sevk edilir

ı) İhbarı zorunlu bir hastalığın tespit edilmesi durumunda, poliklinik sorumlusu tarafından istatistik ve raporlama birimi bilgilendirilir. Bildirim sürecinin uygun formlarla yürütülmesi, istatistik ve raporlama biriminin sorumluluğundadır.

ı) Poliklinik bekleme salonlarında durumu acilleşen hastalar için acil servisin bilgilendirilme işlemini olaya en yakın sağlık tesisi personeli gerçekleştirir.

2.1.10. Poliklinik alanlarında, hasta ve hasta yakınlarının kolaylıkla ulaşabileceği bir bölümde, hasta hakları birimi bulundurulmalıdır. Gerektiğinde poliklinik yönetici sekreteri, hasta ve hasta yakınlarını bu bölgelere yönlendirir. Eğer hasta, hastalığının ciddiyeti veya özrü nedeniyle bu bölüme ulaşamıyorsa, poliklinik yönetici sekteri, hasta hakları biriminde çalışan görevliyi hastanın bulunduğu yere davet eder ve hastayla görüşmesini sağlar.

2.1.11. Poliklinik muayenesi sırasında her hastaya ayrı malzeme ile müdahale edilmeli ve kullanılan alet ve ekipmanların temizliği ve dezenfeksiyonu sağlık tesisi yönetimince daha önceden belirlenen prosedürlere uygun olarak sağlanmalıdır.

2.1.12. Sağlık tesisindeki poliklinik alanlarında, hasta ve yakınlarının mahremiyeti göz önünde bulundurularak uygun koşulları içeren bir emzirme odası oluşturulur.

2.1.13. Tutuklu ve hükümlü hastaların tedavilerine yönelik sağlık tesisinin türüne göre, çalışan ve hasta güvenlik tedbirleri alınarak, mevzuat uyarınca gerekli düzenlemeler yapılır.

2.1.14. Poliklinik alanları, temiz ve düzenli olarak hastaya hizmet verecek şekilde planlanmalıdır. Hasta geçişlerini zorlaştıracak malzeme ve kalabalığın önlenmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır. Kapsamlı temizlik hizmetleri, poliklinik saatleri başlamadan önce tamamlanmış olmalı, gün içinde kullanıma bağlı temizlik ihtiyaçları sağlık hizmetini engellemeyecek şekilde ivedilikle giderilmelidir.

2.1.15. Poliklinik alanlarında, teknik donanım, elektrik ve sıhhi tesisatlarda meydana gelebilecek aksaklıklar gibi hizmeti olumsuz etkileyecek durumlarda, poliklinik yönetici sekreteri, teknik işler bölümüne gerekli bilgiyi verir.

2.1.16. Poliklinik alanlarının hasta ve personel açısından uygun iklimlendirme şartlarını taşıması gerekir.

2.1.17. Bu alanların hasta ve personele yönelik yeterli güvenlik tedbirleri alınmalıdır. Güvenlik kod uygulaması bu alanlarda esastır. Güvenlik önlemleri kapsamında kamera sistemleri kurulurken hasta mahremiyetini özen gösterilmelidir.

2.1.18. Polikliniklerde yabancı dil ve işaret dili bilen personel istihdam edilmeli ya da ilgi personele gerektiğinde ulaşabilmek üzere düzenleme yapılmalıdır.

3. Yataklı Servis Hizmetleri

(1) Tedavisinin kesintisiz olarak yatarak devam edilmesine karar verilen hastalara yönelik olarak, teşhis ve tedavi hizmetlerinin bütünüdür.

(2) Yatış işlemleri, hasta dosyası işlemleri, onam formları, gereğinde refakatçi işlemleri, hekim vizitleri, ileri tetkik planlamaları, tedavisinin düzenlenmesi, temini, uygulanması, diyet belirlenmesi, konsültasyon hizmetleri, gereğinde kan temini ve transfüzyonu, cerrahi girişim

planlanması halinde cerrahi öncesi ve sonrası bakım planı, epikriz, sevk, taburcu işlemleri gibi işlemlerin yataklı servis hizmet sunum sürecine uygun şekilde yapılması sağlanır.

(3) Yapılacak tetkiklerin ve günübürlük tedavilerin süreçlerine uygun şekilde yapılması için gerekli tedbirler alınır.

3.1. Yataklı Servis Hizmet Sunumu Süreci

3.1.1. Yataklı servis hizmet sunumu için uygun düzenlemelerin yapılması gereklidir.

- a) Kliniklerde acil kardiopulmoner resüsitasyon (CPR) uygulaması için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.
- b) Acil ilaç arabalarında bulunması gereken ilaçların ve miktarlarının bir listesi olmalı, düzenli olarak kontrolleri yapılmalıdır.
- c) Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçlar kilit altında tutulmalıdır.
- d) Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçların devir teslim kayıtları doğrulanarak yapılmalıdır.
- e) Servislerin temizlik işlemlerine dair düzenlemeler yapılmalıdır.
- f) Kliniklerde hastaların kullandığı tüm banyo ve tuvaletlerde çağrı sistemi bulunmalıdır.
- g) Birden fazla hastanın bulunduğu odalarda hasta mahremiyetini sağlayacak düzenlemeler (perde, paravan, vb. bulunmalıdır).
- h) Yatak başı bağlantılı çağrı sistemi bulunmalıdır.
- i) Refakatçi ve hasta yakınları için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.
- j) Hasta ve yakınlarının eğitimine dair bir sistem oluşturulmalıdır.
- k) Hasta ziyaretine ilişkin düzenleme yapılmalıdır.
- k) Kliniklerde bulunan tıbbi cihazların (defibratör, EKG, tansiyon aleti,vb.) kalibrasyon işlemleri yapılmalıdır.

3.1.2. Acil servisten yatırılacak ve yoğun bakımdan yataklı servise çıkarılacak hastalar için ilgili bölümün banko sekreteri, yataklı servis banko sekreteri ile iletişime geçer. Hasta, hasta yönlendirme ve refakat elemanı, gerekli durumlarda yeterli sağlık personeli eşliğinde tekerlekli sandalye veya sedyeye yataklı servise getirilir. Servis hemşiresi tarafından teslim alınarak odasına yerleştirilir.

3.1.3. Hastanın odasına gelen hemşire, sağlık tesisi tarafından belirlenen yatış prosedüründe belirtildiği üzere kendini tanıtır, sağlık tesisinde olduğu süre içerisinde bakım hizmetlerini kendisinin yapacağını bildirir; kimlik kontrolü ve kol bandı kontrolünden sonra yatış kâğıdı ve servis işlemleri için onam formu hakkında hasta bilgilendirilir ve imzası alınır.

3.1.4. Kat yönetici sekreteri veya hemşire tarafından hastalara yönelik hizmet ve kuralları anlatan kitapçık, broşür vb. okutulur ve anlatılır. Hastaya odası, çağrı zili, yatağı, lavabosu tanıtılır ve nasıl kullanacağı hakkında bilgiler hemşire tarafından verilir.

3.1.5. Kat yönetici sekreteri hastanın dosyasını ve bilgilerini alarak yatış kabul işlem kayıtlarını sonuçlandırır.

3.1.6. Hekimin lüzumlu gördüğü hastalar için refakatçi kalmasına izin verilir ve refakatçi kartı düzenlenir. Refakatçi, refakatçi kartını sağlık tesisinde kaldığı sürece taşımak zorundadır. Birden fazla refakatçiye izin verilmez.

3.1.7. Hastanın ve/veya refakatçinin sağlık tesisine adaptasyonu için gerekli bilgilendirmeler yapılır. Hasta ve/veya refakatçinin bilgilendirilmesi hasta mesai sonrası yatmış ise hemşire tarafından, mesai içinde yatmışsa kat banko sekreteri tarafından yapılır.

3.1.8.Hekim tarafından düzenlenen tedavisi başlanır. Hemşire hasta dosyasını inceler, talimatlara uygun olarak hemşire gözlem kâğıdını düzenler. Vital bulgularını alır, uygulanacak tedavi ve saatlerini kaydeder. Yaptığı tüm bu girişimlerde parafını atar.

3.1.9.İlgili branş uzmanı yapılacak ileri tetkikleri planlar. İlgili branş uzmanı tarafından ileri tetkik istemi yapılırsa yataklı servis banko sekreteri organizasyonu yapar. Alınan numunelerin barkodları çıkarılır ve numune üzerine yapıştırılır. Hasta yönlendirme ve refakat elemanı ile laboratuvara ulaştırılması sağlanır. İstenen tetkik sonuçlarını hemşire bilgisayardan çıkarır. Değerlerde bir problem varsa hekimine haber verilir, problem yoksa tetkik sonuçları hastanın dosyasına yerleştirilir, ilgili branş hekimi ziyaret sırasında tetkik sonuçlarını inceler ve duruma göre hastanın tedavisini tekrar düzenler. Tetkik sonuçlarına göre bulaşma riski yüksek hastalık tespit edilen hastalar için izole hasta prosedürü geliştirilir, uygulanır ve gerekli formlarda kayıt altına alınır.

3.1.10.Yataklı servislerden yapılan radyolojik istemlerde eğer hasta mobilize olabiliyorsa veya yapılacak radyolojik tetkik cihazı hareket ettirilemiyorsa hasta yönlendirme ve refakat elemanı veya gerektiğinde yeterli sağlık personeli eşliğinde ve tekerlekli sandalye veya sedye ile tetkikin yapılacağı yere ulaştırılır. Tetkik yapıldıktan sonra hasta tekrar yataklı servise geri götürülür. Hastalar mobilize olamıyorsa taşınabilir röntgen ve ultrasonografi cihazları ile hastanın bulunduğu yere gidilerek tetkik gerçekleştirilir.

3.1.11.Tetkik sonuçlarına göre asıl tedavisi planlanır. Hemşire hekim talimatında yazılan hastanın kullanacağı ilaçların otomasyon sistemi üzerinden eczaneden istemini yapar. Eczacılar tarafından ilaçlar eczanede görevli sağlık personeli tarafından hemşireye imza karşılığı teslim edilir. Hastaya gerekli olan ilaçlar sağlık tesis eczanesinde yok ise sağlık tesisi eczanesi ilaçları dışarıdan temin eder.

3.1.12.Hastanın diyeti hekimi tarafından belirlenir ve tabelasına işlenir. Serviste yatan tüm hastaların diyetlerinin olduğu liste servis sorumlu hemşiresi tarafından en geç saat 09.00 da diyetisyene ulaştırılır. Listeye göre hazırlanan ana ve ara öğünler personel tarafından servise getirilir. Servis hemşiresi gözetiminde, diyetisyen veya özel eğitilmiş mutfak personeli tarafından dağıtılır.

3.1.13.Hastanın başka branşlarla ilgili problemleri varsa hekim tarafından konsültasyon formu doldurulur. Konsültasyonu yapacak hekim hastayı yatağında değerlendirir. Konsültasyon sonucu hastanın hekimine bildirilir. Gerekiyorsa hekimler arasında ortak tedavi planı hazırlanır.

3.1.14.Hastaya kan ve kan ürünleri vermek gerekiyor ise, istemi hekim tarafından yapılmalı ve istem formunda istemi yapan hekimin kaşe ve imzası olmalıdır. Gerekli form doldurulur cross kanı alınıp yönlendirme elemanı ile kan merkezine gönderilir. Kan veya kan ürünü hazır olduğunda kan merkezi istemde bulunan bölüme bilgi verir, hasta yönlendirme veya refakat elemanı gönderilerek kan ürünü aldırılır. Kan torbası üzerinde hasta bilgileri, kan grubu bilgileri barkotla yapıştırılır. Standart transfüzyon kontrolleri yapılmadan ve onam alınmadan hastaya verilmez.

3.1.15.Eğer hastaya cerrahi tedavi planlanıyorsa ameliyat hazırlıkları başlatılır.

a) Ameliyat olmasına karar verilen hastaya durumu detaylı olarak ilgili hekim tarafından anlatılır. Hastanın da ameliyatı kabul etmesi durumunda gerekli olan anestezi ve diğer konsültasyonları tamamlanır. Detaylı ameliyat onam formu hekim tarafından hastaya açıklama yapılarak imzalatılır. Tüm hazırlıkları tamamlanan hastanın adı servis ameliyat

listesine yazılır ve bu liste ameliyathane banko sekreterine ulaştırılır. Ameliyathane banko sekreteri anestezi uzmanını bilgilendirir ve hastanın preoperatif son değerlendirmesi yapılır.

b) Ameliyata girecek hastaya ameliyat gömleği verilir. Hastanın varsa hareketli protezi, tüm takıları (yüzüğü, saati), ojesi çıkartılır, hasta yakınına veya tutanak karşılığı kat banko sekreterine teslim edilir. Ameliyata girecek hastanın üzerinde metal hiçbir objenin bulunmaması kontrol edilir. Hasta, dosyası ile birlikte hasta yönlendirme ve refakat elemanı tarafından hemşire eşliğinde ameliyathaneye gönderilir.

c) Herhangi bir sebeple hastanın ameliyatı iptal edilirse, servis banko sekreteri ameliyathane banko sekreterine gerekli bilgiyi verir.

d) Hastanın ameliyatı gerçekleştirilir.

e) Postoperatif dönemde hastanın tedavisine hekimin talimatına göre devam edilir. Ameliyat sonrası hastanın ameliyat yeri, direni, mayileri, sondası, kontrol edilir ve kayıt altına alınır. Hastanın ameliyat yeri pansumanı, hekimin talimatına göre steril malzeme kullanılarak yapılır.

3.1.16.İhbarı zorunlu bir hastalığın tespit edilmesi durumunda, yataklı servis yönetici sekreteri tarafından istatistik ve raporlama birimi bilgilendirilir. Bildirim sürecinin uygun formlarla yürütülmesi, istatistik ve raporlama biriminin sorumluluğundadır.

3.1.17.Serviste temel yaşam desteği gereken durumlarda, hemşire tarafından sağlık tesisi için düzenlenmiş mavi kod uygulamasına göre mavi kod ekibine haber verilir. Mavi kod ekibi gelinceye kadar, hemşire, personel acil çantası, defibrilatör, EKG, aspiratör gibi cihazları hasta başına hazırlar.

3.1.18.Hastalara ister medikal, ister cerrahi tedavi uygulanmış olsun sonuçta:

a) Yoğun bakıma alınabilirler

b) Taburcu edilebilirler. Hastanın taburcu işlemleri için hemşire dosyayı kat yönetici sekreterine teslim eder. Sekreter dosya muhteviyatı formuna tanımlanmış tüm formları eksiksiz olarak koyar ve taburcu işlemini yapar. Hastanın kullanması gereken ilaçları hekim tarafından reçete edilir ve epikrizi verilir. Hastaya tek hekim veya heyet raporu verilecekse kat banko sekreteri tarafından taburcu işleminden önce organizasyonu yapılır. Gereken hastalar için tıbbi sosyal hizmet birimi bilgilendirilir. Hekim tarafından uygun görülen tarihte kontrol amaçlı gelmesi için gerekli bilgi verilir.

c) Sevk edilebilirler. Bu durumda hekim tarafından hasta bilgilendirilir ve taburcu işlemleri yapılır. Epikriz doldurulur. Hastanın tıbbi destekle sevk edilmesi gereken durumlarda hastaların ilgili sağlık personeli eşliğinde hasta sevk formu ile sevk işlemi yapılır. Sorumlu hekim, hastanın sevk işlemleri için ilgili birimlerle irtibata geçer ve hastanın işlemi yapar.

3.1.19.Hastanın ölümü (eksitus) halinde, eksitus olan hasta hemşire ve personel tarafından hazırlanır. Hasta üzerinde bulunan damar yolu, sonda, dren, kateter, elektrotlar vb. çıkartılır. Hasta kol bandı çıkarılmaz. Sağ ayak başparmağına eksitus kartı takılır. Ölünün üzeri personel tarafından örtülerek morga götürülür. Sorumlu hekim tarafından hasta yakını uygun bir yerde ve gerektiğinde emniyet tedbiri alınarak bilgilendirilir.

3.1.20.Hemşireler vardiya/nöbet devirlerinde hasta teslimlerini mutlaka hasta başında yapmalıdır. Gün içinde hastada gelişen olağan veya olağan dışı tüm durum, bilgiler ve uygulamalar teslim edilmelidir. Teslimde; narkotikler, acil çantası, laringoskop, ambu, defibrilatör gibi alet ve ilaçlar sayılarak imza karşılığı teslim edilir. Defibrilatör ve laringoskop mutlaka çalışır durumda olmalıdır.

3.1.21.Kırmızı ve yeşil reçeteye giren ilaçlar hastaya uygulanacaksa hekim tarafından talimata ilacın adı ve dozu yazılır, kaşe ve imza altına alınır. Hemşire tarafından eczaneden alınır ve uygulanır. Bu ilaçlar servis içerisinde olsa depolanıyorsa eğer, Narkotik İlaç Defterine kaydedilir. İlaçlar yapıldığı zaman deftere (hasta adı, ilacın dozu, yapılış saati, yapılış yolu, yapan kişi ve istemi yapan hekim olarak) kaydedilir. Yapılan ilaçtan bir miktar ilaç kaldı ise bu miktar Narkotik İmha Formu düzenlenerek iki hemşire ve hekimin imzası ile imha edilir. Formun bir nüshası sağlık tesisi eczanesine gönderilir. Narkotik ilaçlar kilit altına alınır.

3.1.22.Engelliler için geçiş alanları, katlar arası geçişler, tuvalet ve diğer ihtiyaçlarına yönelik mevzuat uyarınca gerekli düzenlemeler yapılır.

3.1.23.Tutuklu ve hükümlü hastaların tedavilerine yönelik sağlık tesisinin türüne göre, çalışan ve hasta güvenlik tedbirleri alınarak, mevzuat uyarınca gerekli düzenlemeler yapılır.

3.1.24.Psikososyal ve sosyo-ekonomik problemleri olan hastalar için tıbbi sosyal hizmetler birimi ile irtibata geçilir. Değerlendirme sonucunda hasta ile ilgili servis sorumlu hemşiresi ve hekimi tıbbi sosyal hizmetler birimi tarafından bilgilendirilir. Kimsesiz hastaların bakım ihtiyacını karşılamak üzere sağlık tesisi gerekli düzenlemeyi yapmalıdır.

3.1.25.Servis kullanım alanları, temiz ve düzenli olarak hastaya hizmet verecek şekilde düzenlenmelidir. Hasta geçişlerini zorlaştıracak malzeme ve kalabalığın önlenmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır. Kapsamlı temizlik hizmetleri hasta ziyaret saatleri dışında tamamlanmış olmalı, gün içinde kullanıma bağlı temizlik ihtiyaçları sağlık hizmetini engellemeyecek şekilde yapılmalıdır.

3.1.26.Servis kullanım alanlarında, teknik donanım, elektrik ve sıhhi tesisatlarda meydana gelebilecek aksaklıklar gibi hizmeti olumsuz etkileyecek durumlarda, kat yönetici sekreteri, teknik işler bölümüne gerekli bilgiyi verir.

3.1.27.Servis kullanım alanlarının uygun iklimlendirme şartlarını taşıması gerekir. Doğal ışık imkânları sağlama önceliği dikkate alınarak yeterli aydınlatma yapılmalıdır.

3.1.28.Bu alanların personele yönelik yeterli güvenlik tedbirleri alınmalıdır. Güvenlik kod uygulaması bu alanlarda esastır. Güvenlik önlemleri kapsamında kamera sistemleri kurulurken personelin kişisel mahremiyete özen gösterilmelidir.

4. Laboratuvar Hizmetleri

(1) Sağlık tesislerinde, hekimler ve dış hekimleri tarafından istenilen her türlü tetkik ve tahlilin veri gizliliğine uygun olarak analiz edilmesine yönelik sunulan hizmetlerin bütünüdür.

(2) Laboratuvar hizmetinin sağlık tesisi tarafından sağlanamaması halinde, Bakanlıkça ruhsatlı özel laboratuvarlardan veya kamu kurum ve kuruluşları bünyesinde kurulan laboratuvarlardan hizmet alımı yapılabilir. Hizmet alımı durumunda;

a)Hastadan, laboratuvar tetkikini talep eden sağlık tesisinde numune alınması,

b) Numunenin, tetkiki gerçekleştirecek laboratuvara hasta veya yakınlarıyla gönderilmemesi,

c) Laboratuvar tetkikini gerçekleştiren kurum veya kuruluş ismini ve adresinin tetkik sonuç raporunda yer alması,

d)Tetkik sonuçlarının, hizmet satın alınan kurum veya kuruluş tarafından gecikmeksizin güvenli bir şekilde gönderilmesi,

hususlarına uyulması zorunlu olup, hizmeti alan sağlık tesisi yönetimi ile hizmeti veren kurum veya kuruluş, bu uygulamadan ve sonuçlarından müştereken sorumludur.

(3) Laboratuvarlarda numunelerin ve tetkik sonuçlarının karışmasını ve kaybolmasını engelleyecek tedbirler alınır.

4.1. Laboratuvar Hizmet Sunum Süreci

4.1.1. Kaliteli ve güvenilir bir laboratuvar hizmetinin gerçekleştirilebilmesi için laboratuvarlar preanalitik, analitik ve postanalitik süreçleri de kapsayacak şekilde düzenlenmelidir. Bu süreçler; otomasyon programı kullanılarak, hekim tarafından yapılan istemlere ait, uygun koşullarda alınmış ve transferi gerçekleştirilmiş numunelerin, laboratuvara kabulünü, testlerin çalışmasını, sonuçların onaylanması ve raporlanmasını, laboratuvar analizlerinde görülebilecek aksaklıkların çözüm yollarının oluşturulmasını, aksaklık durumunda ilgili sağlık personeli ve hastaların bilgilendirilmesini kapsamalıdır.

4.1.2. Laboratuvar hizmetlerinin sunulabilmesi için gerekli şartları karşılaması gerekir.

a) Numune kabul ve red kriterleri tanımlanmalı, numune kabulü ile ilgili kurallar hakkında hem laboratuvar personelinin hem de ilgili diğer sağlık tesisi personelinin bilgilendirilmesi sağlanmalıdır.

b) Çalışılan tüm testlerin internal kalite kontrolü yapılmalıdır.

c) Eksternal kalite kontrolü yapılabilen testlerin eksternal kalite kontrolleri yapılmalıdır.

d) Çalışılan parametrelerin panik değer listesi bulunmalıdır.

e) Tahlil/tetkik sonuçları belirlenen sürelerde verilmelidir (acil testler tanımlanmalı ve sonuç verme süreleri hakkında hastaları bilgilendirecek düzenlemeler yapılmalıdır).

f) Kit verimlilik hesaplaması yapılmalıdır.

g) Laboratuvar bölümlerinde çalışan (ELİSA, Biyokimya, Patoloji...) personele çalışacağı cihaz ve test alanı ile ilgili eğitim verilmelidir.

h) Laboratuvarda kullanılan kitlerin ve sarf malzemelerinin miyat kontrolleri yapılmalıdır.

4.1.3. Görevli teknisyen numunelerin kabulünü yapar. Numunelerin geliş saati, laboratuvar kayıt elemanı tarafından barkoda okutularak kayıt altına alınır. Numunenin laboratuvara ulaşmasından sonra tüpün kırılması veya numunenin hatalı alınması durumunda hastadan tekrar alınır. Eğer hasta poliklinik hastası ve sağlık tesisinden ayrıldı ise, bilgi işlem biriminden hastanın adres ve telefon bilgilerine ulaşılır. Hastanın sağlık tesisine gelerek tekrar numune vermesi istenir.

4.1.4. Gereken kan ürünleri santrifüj edilir. Santrifüjlü kanlar ve numuneler (idrar, gaita gibi) tetkiki çalışacak teknisyenlere dağıtılır.

4.1.5. Görevli teknisyenler kullandıkları cihazın kullanım ve bakım talimatlarına uygun olarak günlük bakımını yapar. Çalışmaya başlamadan önce kontrollerini okutur. Çalışılan her test için belirlenen sürelerde kalibrasyonu yapar.

4.1.6. Testlerde kullanılan malzemelerin günlük kullanılanları cihazlarla aynı ortamda uygun ısı ve nem koşullarında muhafaza edilir. Kalan stok malzemeler ise laboratuvar içerisinde bulunan depodaki buzdolaplarında korunur.

a) Tetkikler çalışılır. Laboratuvar uzman hekiminin kontrolleri değerlendirmesinden sonra analize hazır numuneleri cihazlara yüklenir. Analizi biten numune sonuçları ilgili uzman hekim tarafından kontrol edilerek onaylanır, bilgisayara aktarılır.

b) Elde edilen tetkik sonuçları otomasyon programına girilir. Klinik ön tanı ile uyumlu olmayan test sonuçları laboratuvar uzman hekiminin talimatı ile ilgili teknisyen tarafından

tekrar çalışılır. Bildirimi zorunlu olan hastalıklarla ilgili test sonuçlarının pozitif çıkması durumunda ilk numunede üç kez test tekrarlanır, yine pozitif çıkarsa hastayı tedavi eden hekim bilgilendirilir. Gerekli durumlar için doğrulama prosedürü uygulanır.

c) Panik değer sonuçları sağlık tesisi otomasyon sistemine tanımlanır ve bu değerler tespit edildiğinde sistem ilgilileri uyarır. Sistemin otomasyon üzerinden uyarmasına ek olarak, telefonla ve bizzat ilgili hekime veya hemşiresine en kısa zamanda ulaşılarak bilgi verilir. Bildirimi yapılan panik değerlerin, hem otomasyon sistemi üzerinden, hem de ilgili form ile kaydı tutulmalıdır. Laboratuvarında çalışan personele de panik değerler ve panik değer bildirimini ile ilgili eğitim verilmelidir.

d) İlgisine göre biyokimya veya mikrobiyoloji uzmanınca onaylanan tetkikin sonucu istemi yapan hekimce görülebilir. Serolojik, hematolojik, biyokimyasal ve idrar analiz sonuçları sınırları Bakanlıkça belirlenen süreler içerisinde olmak kaydıyla her sağlık tesisi tarafından belirlenerek duyurulur. Sonuçlar tamamlanıp onaylandıktan sonra ilgili polikliniklere otomasyon üzerinden aktarılır.

e) Gerekli durumlarda kâğıt çıktısı biyokimya veya mikrobiyoloji uzmanınca imzalanır.

4.1.7. Laboratuvarlarda iç kalite kontrolünün yanı sıra her numune için belirtilmiş sürelerde bakanlık tarafından belirlenen asgari parametreler için dış kalite kontrolleri de yapılmalıdır. Dış kalite kontrolünü yürüten kuruluş, ilgili laboratuvara belirli aralıklarla kontrol örnekleri gönderir ve bu örneklerin değerlendirilmesi sonucunda gelen veriler dış kalite kontrol merkezinde analiz edilir. Elde edilen sonuçlar, ilgili laboratuvara gönderilerek laboratuvarın kendi performansı hakkında bilgi sahibi olması sağlanır.

4.1.8. Laboratuvarında kullanılan kit, kontrol serumları ve diğer sarf malzemelerinin miad ve kritik stok seviyeleri takip edilmeli ve kayıt altına alınmalıdır.

4.1.9. Laboratuvar alanlarında kullanılacak kit ve malzemelerin istemleri ilgili ünitelerde görev yapan personeller tarafından ünitenin sorumlusuna bildirilir. Sorumlu talebin niteliğine ve sağlık tesisinin ihtiyaç yönetimi politikasına uygun olarak ilgili birime gerekli bilgiyi verir ve eksik malzemenin teminini ister. İstenilen kit veya malzeme, ilgili birim tarafından aciliyet sırası da dikkate alınarak, mevcut stoklardan veya tedarik yoluyla elde edilerek, ilgili ünitelerde kullanacak kişiye teslim edilir.

4.1.10. Laboratuvar alanları, temiz ve düzenli olarak hizmet verecek şekilde planlanmalıdır. Personel geçişlerini zorlaştıracak malzeme ve kalabalığın önlenmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır. Kapsamlı temizlik hizmetleri, laboratuvar çalışması başlamadan önce tamamlanmış olmalı, gün içinde kullanıma bağlı temizlik ihtiyaçları sağlık hizmetini engellemeyecek şekilde ivedilikle giderilmelidir.

4.1.11. Laboratuvar alanlarında, teknik donanım, elektrik ve sıhhi tesisatlarda meydana gelebilecek aksaklıklar gibi hizmeti olumsuz etkileyecek durumlarda, bölüm sorumlusu, teknik işler bölümüne gerekli bilgiyi verir.

4.1.12. Laboratuvar alanlarının personel açısından uygun iklimlendirme şartlarını taşıması gerekir. Doğal ışık imkânları sağlama önceliği dikkate alınarak yeterli aydınlatma yapılmalıdır.

4.1.13. Bu alanların personele yönelik yeterli güvenlik tedbirleri alınmalıdır. Güvenlik kod uygulaması bu alanlarda esastır. Güvenlik önlemleri kapsamında kamera sistemleri kurulurken personelin kişisel mahremiyete özen gösterilmelidir.

5. Görüntüleme Hizmetleri

(1) Sağlık tesislerinde, hekimler ve dış hekimleri tarafından istenilen görüntüleme tetkiklerinin, radyolojik ünite ve diğer görüntüleme cihazları ile veri gizliliğine uygun olarak analiz edilmesine yönelik sunulan hizmetlerin bütünüdür.

(2) Tanısal görüntüleme hizmetinin sağlık tesisi tarafından sağlanamaması halinde, görüntüleme hizmetinin alınacağı diğer bir sağlık tesisinden hastanın randevusu alınır. Görüntüleme hizmetinin alınacağı sağlık tesisinin açık adresi, telefon numaraları ve randevu saati konusunda hasta bilgilendirilir ve yönlendirilir.

5.1. Görüntüleme Hizmet Sunumu Süreci

5.1.1. Görüntüleme hizmetlerinin sunulabilmesi için gerekli koşulları sağlaması gerekmektedir.

a) Tetkik sonuçları (CT, MR, ultrason vb.) tetkiklerin randevu ve sonuç işlemleri Bakanlık tarafından belirlenen süreleri aşmayacak şekilde düzenlenir.

b) Her bir görüntüleme odası için hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik soyunma odası veya perde/paravanla ayrılmış soyunma alanı olmalıdır.

c) Riskli girişimsel işlemler için hasta onamı alınmalıdır.

d) Tüm görüntüleme cihazlarının bakım ve kalibrasyonları bir plan dahilinde yapılmalıdır.

e) Tüm radyolojik ünite ve cihazlar TAEK tarafından lisanslandırılmalıdır. İlgili mevzuata göre denetimli alanlar ve radyasyon görevlileri belirlenir. Denetimli alanlarda çalışanların dozimetre takipleri, öngörülen sürelerde yapılmalıdır.

f) Görüntüleme hizmetlerinde çalışan personel kurşun yelek kullanmalıdır.

g) Denetimli alanların girişlerinde ve bu alanlarda radyasyon uyarı levhaları bulunmalıdır.

5.1.2 . Hastaların radyolojik tetkik istemleri, sağlık tesisi otomasyon programından, ilgili branş veya acil hekimi tarafından yapılır. Poliklinikten yapılan istemlerde hasta radyoloji bankosuna başvurur. Acil servis, yataklı servisler ve yoğun bakımdan yapılan istemlerde eğer hasta mobilize olabiliyorsa veya yapılacak radyolojik tetkik cihazı hareket ettirilemiyorsa hasta yönlendirme ve refakat elemanı eşliğinde ve tekerlekli sandalye veya sedye ile tetkikin yapılacağı yere ulaştırılır. Tetkik yapıldıktan sonra hasta tekrar ait olduğu bölüme geri götürülür. Acil servis, yataklı servisler ve yoğun bakımdaki hastalar mobilize olamıyorsa taşınabilir röntgen ve ultrasonografi cihazları ile hastanın bulunduğu yere gidilerek tetkik gerçekleştirilir.

5.1.3. Poliklinikten gelen hastalar radyoloji bankosundan girişlerini yaptırırlar. Acil servisten gelecek hastalar için acil servis banko elemanı, radyoloji banko elemanı ile görüşür ve hastanın otomasyon programından yapılan istemin kabulünü sağlar. Aynı şekilde yataklı servisten ve yoğun bakımdan gelecek hastalar için ise yataklı servis kat sekreteri, radyoloji banko elemanı ile bağlantıyı kurar ve hastanın isteminin kabulünü gerçekleştirir.

a) Radyoloji tetkiklerinden istenilen işlemin gerçekleştirilmesinde kliniklere göre öncelik sırası; acil servis, yoğun bakım, yatan hasta servisi, poliklinik şeklindedir.

b) İstenilen tetkikin çekilebilme zamanı planlanır. Tetkikin türüne, hastanın yaşına ve diğer parametrelere göre değerlendirmesi yapılır. Bu değerlendirme sonucuna göre en kısa sürede çekimleri gerçekleştirilir veya randevusu verilir. Randevu verilen hastanın çekim tarih ve saati

tetkik istem formuna yazılarak, tetkik yaptırmaya bu formla gelmesi konusunda bilgilendirilir. Kontrastlı madde ile yapılacak çekimler için, radyoloji uzmanı tarafından hasta bilgilendirilir, reçetesi düzenlenir. Girişimsel radyolojik işlem yapılacak hastalar uzman hekim tarafından bilgilendirilir ve onam formu imzalatılır.

c) Eğer tetkik hemen gerçekleştirilemeyecek ise hastaya mümkün olan en kısa süreye randevu verilir. Randevu verilen hastanın çekim tarih ve saati tetkik istem formuna yazılarak, tetkik yaptırmaya bu formla gelmesi konusunda bilgilendirilir. Kontrastlı madde ile yapılacak çekimler için, radyoloji uzmanı tarafından hasta bilgilendirilir, reçetesi düzenlenir. Girişimsel radyolojik işlem yapılacak hastalar uzman hekim tarafından bilgilendirilir ve onam formu imzalatılır.

d) Çekim için gerekli olabilecek tıbbi malzemeler ve ilaçlar temin edilir.

e) Randevu gün ve saatinde hasta tetkik istem formu ile başvurur. Hasta saati geldiğinde çekim odasına alınır. Hastanın, soyunma kabininde mahremiyetine dikkat edilerek hazırlanması sağlanır. Hasta hazırlanma kabinleri tek kişilik olmalıdır.

f) Radyopak maddeler uzman hekim gözetiminde verilir.

g) Radyoloji uzmanı tetkikle ilgili gereken raporlamayı yapar. Radyoloji uzmanının yapılan tetkiki raporlama süresi her tetkik için bakanlıkça belirlenen en kısa süreler dikkate alınarak sağlık tesisi tarafından belirlenir.

h) Raporlamalar otomasyon programına aktarılır. Gerekli hallerde kağıt çıktısı radyoloji uzmanınca imza altına alınıp hastaya verilir.

5.1.4. Cihazların, cihaz kullanım talimatında belirtilen sürelerde, periyodik bakımları yapılmalıdır. Cihazda oluşabilecek arızalar, yetkili firmaya bildirilerek müdahale etmesi sağlanır. Eğer cihaz arızası uzun sürede çözülebilecek seviyede ise randevu verilen hastalar telefon ile aranarak randevuları daha ileri bir tarihe alınmalıdır.

5.1.5. Çekim odasında acil müdahale seti bulundurulmalıdır. Çekimi gerçekleştiren personel acil durumlar için özel olarak eğitilmelidir. Ayrıca bu tür durumlar için gerekli yardımı çağırma konusunda önceden hazırlanmış protokoller oluşturulmalıdır.

5.1.6. Radyoloji alanlarında kullanılacak malzemelerin istemleri ilgili üniteye görev yapan personeller tarafından ünitenin sorumlusuna bildirilir. Sorumlu talebin niteliğine ve sağlık tesisinin ihtiyaç yönetimi politikasına uygun olarak, ilgili birime gerekli bilgiyi verir ve teminini ister. İlgili birim tarafından, aciliyet sırası da dikkate alınarak, mevcut stoklardan veya tedarik yoluyla elde edilerek, radyoloji birim sorumlusuna teslim edilir.

5.1.7. Radyoloji alanları, temiz ve düzenli olarak hizmet verecek şekilde planlanmalıdır. Personel ve hasta geçişlerini zorlaştıracak malzeme ve kalabalığın önlenmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır. Kapsamlı temizlik hizmetleri, radyoloji ünitesinin çalışması başlamadan önce tamamlanmış olmalı, gün içinde kullanıma bağlı temizlik ihtiyaçları sağlık hizmetini engellemeyecek şekilde ivedilikle giderilmelidir.

5.1.8. Radyoloji alanlarında, teknik donanım, elektrik ve sıhhi tesisatlarda meydana gelebilecek aksaklıklar gibi hizmeti olumsuz etkileyecek durumlarda, bölüm sorumlusu, teknik işler bölümüne gerekli bilgiyi verir.

5.1.9. Radyoloji alanlarının personel açısından uygun ısıtma, soğutma, havalandırma şartlarını taşıması gerekir. Radyoloji ünitelerinin bekleme bölgelerinde doğal ışık imkânları sağlama önceliği dikkate alınarak yeterli aydınlatma yapılmalıdır.

5.1.10. Bu alanların personele yönelik yeterli güvenlik tedbirleri alınmalıdır. Güvenlik kod uygulaması bu alanlarda esastır. Güvenlik önlemleri kapsamında kamera sistemleri kurulurken personelin kişisel mahremiyete özen gösterilmelidir.

5.1.11. Tanısal görüntüleme hizmetleri sağlık tesis tarafından sağlanamıyor ise sağlık tesisi dışındaki kaynakların kullanımı idare tarafından sağlanmalıdır. Sağlık tesisi dışından radyoloji hizmeti alınması zorunluluğu doğan durumlarda, hastaya gerekli bilgilendirme yapılır ve hasta mağdur edilmeyecek şekilde yönlendirilir.

6. Konsültasyon Hizmetleri

Hekim veya hasta istemiyle gerçekleşen, yatarak veya ayaktan sunulan konsültasyon hizmetlerinin tamamıdır.

6.1. Konsültasyon Hizmet Sunum Süreci

6.1.1. Yatarak veya ayaktan tedavi alan hastalara ilişkin konsültasyon isteği sadece sorumlu hekim bilgisi ve onayı ile yapılır.

6.1.2. Sorumlu hekim konsültasyon isteyebileceği gibi, hastanın da konsültasyon isteme hakkı vardır ve hastanın bu isteminin kabul edilmesi sorumlu hekimin insiyatifindedir.

6.1.3. Hastaya konsültasyon istemi otomasyon sistemi üzerinden yapılır.

6.1.4. Konsültasyon istemi yapan hekim, konsültasyon formunda hasta bilgilerini, konsültasyon isteme gerekçesini açık ve net bir şekilde belirtmeli, istem notu, hastanın hastalığıyla ilgili kısa bilgiyi ve konsültan hekimden hangi konuda görüş ve öneri istendiğine ilişkin bilgiyi içerir.

6.1.5. Konsültasyon istemi yapılan yatan hastanın yatağında değerlendirilmesi esastır. Ancak hastanın değerlendirilmesi için özel tıbbi cihaz ve donanım gereken durumlarda hasta konsültan hekimin önerisi ile gereken bölüme refakatçi ve sağlık personeli eşliğinde gönderilir.

6.1.6. Davet edilen konsültan hekim, konsültasyon isteğine en kısa zamanda yanıt vermek ile sorumludur. Konsültasyon formunu dikkatli okuyarak gerekli malzeme ve donanım ile konsültasyona gider.

6.1.7. Konsültan hekim, hasta ile ilgili görüşünü açık, net ve ileriye dönük planları içerecek şekilde yazar.

6.1.8. Poliklinik Konsültasyonları,

a) Polikliniğe başvuru yapan hastanın başka bir polikliniğe konsültasyonu ancak hastalığı ile ilgili durumlarda yapılır. Diğer şikayetleri için hastaya ilgili polikliniğe ayrıca başvuru yapması önerilir.

b) Konsültasyon istenen poliklinik hastayı mümkün olduğunca öncelikli olarak değerlendirir.

c) Acil müdahale gerektiği düşünülen hasta Acil Tıp Kliniğine yönlendirilir. Hasta yönlendirme elemanı ve sağlık personeli eşliğinde Acil Tıp Kliniğine götürülür.

6.1.9. Acil Servis Konsültasyonları;

a) Acil poliklinik hastası özel bir ekipman gerektiren muayene veya müdahale durumu yoksa yerinde konsülte edilir.

b) Başka sağlık kuruluşlarından ilgili klinik ile görüşülerek sevki kabul edilen hastanın acil tıp kliniğine girişi yapılır ve kabul edilen klinikten konsültasyon istenir.

6.1.10. Ameliyat Öncesi Konsültasyon;

a) Elektif ameliyata girecek olgular ayaktan tetkik aşamasında anestezi polikliniğinde konsülte edilerek ameliyata hazırlanmalıdır. Yatan hastalar ise yerlerinde konsülte edilir.

7. Ameliyathane Hizmetleri

(1) Bünyesinde ameliyathane bulunan sağlık tesislerinde ameliyat öncesinde, ameliyat esnasında ve ameliyat sonrasında uyandırma ünitelerinde verilen hizmetlerin bütünüdür.

(2) Ameliyathanelerin yönetimi için, Başhekim cerrahi branş veya anestezi ve reanimasyon uzmanlarından birini sorumlu olarak görevlendirir. Ağız ve diş sağlığı ile ilgili tesiste bulunan ameliyathanelerde ise ağız diş çene cerrahisi uzmanı, periodontoloji uzmanı veya anestezi ve reanimasyon uzmanlarından birisi öncelikle sorumlu olarak görevlendirilebilir.

7.1. Ameliyathane Hizmet Sunumu Süreci

7.1.1. Ameliyathane hizmet sunumu için uygun düzenlemelerin yapılması gereklidir.

a) Ameliyathanelerde hasta ve personel girişi ayrı olmalıdır.

b) Ameliyathanenin duvar, tavan ve zeminleri dezenfeksiyon ve temizlemeye uygun antibakteriyel malzemelerden yapılmalıdır.

c) Steril ve steril olmayan alanlar belirlenmelidir. (farklı alanlarda farklı renk sistemi, şerit ile ayırma, tabela vb.) Ameliyathanelerde sterilizasyon şartlarını sağlayacak şekilde hepafiltre veya benzeri mikroorganizmaları süzebilen ve tutabilen havalandırma sistemi bulunmalıdır.

d) Ameliyathanedeki tüm cihazların bağlandığı prizler, elektrik kesintisinde jeneratör devreye girinceye kadar enerji ihtiyacını karşılamak üzere UPS (güç kaynağı) ile beslenmelidir.

e) Hasta yakınları için ameliyathanedeki hastalarıyla ilgili bilgi alabilecekleri bekleme alanları bulunmalıdır.

f) Ameliyathanede kullanılan tüm ilaçların, anestezi ajanlarının ve sarf malzemelerinin kritik stok seviyeleri ve miat takipleri otomasyon sistemi üzerinden yapılmalıdır.

7.1.2. Bir gün önceden ameliyathaneye gönderilen ameliyat listesindeki sıraya göre hastalar ameliyathaneye indirilir. Hasta indirilmeden önce hastanın kimliği, ameliyat yerini, gerçekleştirilecek girişimi teyit etmesi istenir. Hasta onam formu teyit edilir. Hastanın aç olduğu, ameliyat bölgesinin tıraşı, üzerinde bulunan değerli eşyaları, makyaj ve protezini çıkarıp çıkarmadığı, ameliyat öncesi bir işlemin (lavaj vb.) , gerekli olup olmadığı, kullanılacaksa gerekli kan ve kan ürünlerinin hazır olup olmadığı kontrol edilir. Ameliyathane banko sekreteri sağlık tesisi ameliyat listesine göre ameliyat olacak hasta için ilgili kat yönetici sekreterini arar ve hasta çağırılır. Hastayı ameliyathaneye gerektiğinde servis hemşiresi eşliğinde hasta yönlendirme ve refakat elemanı uygun taşıma yöntemi ile getirir. Ameliyathane girişinde hasta ve beraberinde getirilen dosyası, anestezi teknisyeni ve ameliyathane banko sekreterine teslim edilir. Hasta yakınları bekleme salonuna alınır.

a) Ameliyathaneye alınan hasta bekleme odasına götürülür. Burada görevli hemşire hastanın premedikasyonunu yapar, tansiyon, ateş, nabız gibi vital fonksiyonlarını kontrol eder ve kayıt altına alır. Hasta ameliyat salonuna alınır.

- b)** Ameliyata girecek hemşireler, ameliyatta kullanılacak malzemelerini hazırlarken hizmetli personelden steril depoda bulunan bohça ve ameliyata uygun seti isterler. Hemşireler vakada kullanılacak setlerin bohçalarını, sarflarını kendileri açarlar ve hazırlarlar.
- c)** Anestezik ilaçlar son kullanma tarihlerine bakılarak hazırlanır. Hazırlanan ilacın üzerine hazırlandığı tarih, saat ve konsantrasyon dozu hazırlayan anestezi teknisyeni tarafından yazılır.
- d)** Anestezi ekibi hastanın kimliğini, ameliyat yerini ve hastanın onamını teyit eder.
- e)** Anestezi ekibi her vakadan önce anestezi ekipmanı, ilaçların ve hastanın anestezi riskinin incelenmesini kapsayan anestezi güvenlik kontrolünü yapar.
- f)** Ameliyat için hazır olan hemşireler el dezenfeksiyonu yapmak için ameliyat hazırlık bölümüne geçerler. Hekim ve hemşire el dezenfeksiyonu yaptıktan sonra steril boks önlüğünü giyerler.
- g)** Hemşireler açtıkları setler içerisinden ve bohçalardan çıkan indikatörleri kontrol ederek hasta dosyasına yapıştırılmasını sağlarlar. İndikatörlerde sorun olması durumunda gerekli prosedür başlatılır.
- h)** Hazır olan hastaya anestezi uzmanı tarafından anestezi uygulanır. Anestezisi verilen hasta cerrah tarafından ameliyata alınır. Ameliyat sonuçlanana kadar, anestezi uzmanı ve anestezi teknisyeni takip edilir ve anestezi takip kayıtları tutulur.
- ı)** Açık ameliyatlarda hasta kapatılmadan alet ve spanç sayımı ekip tarafından sesli olarak gerçekleştirilir ve kayıt altına alınır.
- i)** Anestezi teknisyeni, ameliyat sırasında anestezi takip ve sarf malzeme kullanımı fişlerini kayıt altına alır. Ameliyatta kullandığı aletlerini sterilizasyon birimine teslim eden hemşire, hekimin talimatıyla kullanılan malzemelerin listesini hekimin imzasına sunar ve tüm kullandığı malzemelerin bildirimini yapar.
- j)** Anestezisi biten hasta operasyon ekibi tarafından masadan transfer edilir ve derlenme odasına alınır.
- k)** Eğer hasta derlenme odasına alınacak ise derlenme odası sağlık personeli, hastanın vital bulgularını takip eder ve kayıt altına alır. Hastanın uygun derlenme kriterleri sağlandığında, derlenme hemşiresi tarafından servis hemşiresi aranarak hastanın servise çıkabileceği haber verilir. Hasta, uygun transfer aracı ile ameliyathane hasta çıkışında, ilgili servis hemşiresine dosyası ile beraber teslim eder. Hemşire, hasta yönlendirme ve refakat elemanı ile beraber hastayı servise götürür.
- l)** Gerekli görülen hallerde hasta direkt olarak yoğun bakıma da alınabilir
- m)** Ameliyat sonrası patolojik değerlendirme istenmesi halinde, laboratuvar istem kâğıdı hekim tarafından ameliyathanede doldurulur ve ameliyathane banko sekreteri tarafından numune, patoloji laboratuvarına gönderilir. Ameliyat mesai dışı gerçekleşmiş ise cerrahi hemşire sorumluluğunda materyal uygun koşullarda muhafaza edilerek mesai saatinde patoloji laboratuvarına ulaştırılır.
- 7.1.3.** Ameliyathane kullanım alanlarının rutin genel temizliği ve kültür alım prosedürleri enfeksiyon komitesinin belirleyeceği usulde ve zaman dilimlerinde yapılır.
- 7.1.4.** Sağlık tesisi ilaç ve malzeme sorumlusu tarafından, ameliyathanede ihtiyaç duyulacak ilaç ve malzemelerin hizmeti aksatmayacak şekilde hazır bulundurulması için gerekli düzenlemeler yapılır.

7.1.5. Ameliyathanelerde kullanılacak ilaç ve malzemelerin istemleri ilgili ünite görev yapan personeller tarafından ünitenin kayıt elemanına bildirilir. Kayıt elemanı, talebin niteliğine ve sağlık tesisinin ihtiyaç yönetimi politikasına uygun olarak ilgili birime bilgi verir. İlgili birim tarafından aciliyet sırası da dikkate alınarak, mevcut stoklardan veya tedarik yoluyla gereken malzeme elde edilerek ilgili ünite kullanacak kişiye teslim edilir.

7.1.6. Kırmızı ve yeşil reçeteye giren ilaçlar hastaya uygulanacaksa hekim tarafından talimata ilacın adı ve dozu yazılır, kaşe ve imza altına alınır. Hemşire tarafından eczaneden alınır ve uygulanır. Bu ilaçlar ameliyathane içerisinde depolanıyorsa eğer, Narkotik İlaç Defterine kaydedilir. İlaçlar yapıldığı zaman deftere (hasta adı, ilacın dozu, yapılış saati, yapılış yolu, yapan kişi ve istemi yapan hekim olarak) kaydedilir. Yapılan ilaçtan bir miktar ilaç kaldı ise bu miktar Narkotik İmha Formu düzenlenerek iki hemşire ve hekimin imzası ile imha edilir. Formun bir nüshası sağlık tesisi eczanesine gönderilir. Narkotik ilaçlar kilit altına alınır.

7.1.7. Ameliyathane kullanım alanlarının uygun iklimlendirme şartlarını taşıması gerekir.

7.1.8. Bu alanların personele yönelik yeterli güvenlik tedbirleri alınmalıdır. Güvenlik kod uygulaması bu alanlarda esastır. Güvenlik önlemleri kapsamında kamera sistemleri kurulurken personelin kişisel mahremiyete özen gösterilmelidir.

7.1.9. Ameliyathane kullanım alanlarında, teknik donanım, elektrik ve sıhhi tesisatlarda meydana gelebilecek aksaklıklar gibi hizmeti olumsuz etkileyecek durumlarda, kat yönetici sekreteri, teknik işler bölümüne gerekli bilgiyi verir.

8. Sterilizasyon Hizmetleri

(1) Sağlık tesislerinde, yeniden kullanıma sunulacak olan, sterilizasyonu gereken malzemeler ve alanların sterilizasyonu ile dezenfeksiyon işlemlerinin yapılmasına yönelik hizmetlerin bütünüdür.

(2) Sağlık tesislerinde sterilizasyona yönelik düzenlemeler yapılır. Bünyesinde merkezi sterilizasyon ünitesi bulundurulması zorunlu olmayan tesisler, acil durumlar için temel sterilizasyon şartlarını sağlayacak bir ünite bulundurmak kaydı ile bu hizmeti alır.

8.1. Sterilizasyon Ünitesi Hizmet Sunumu Süreci

8.1.1. Poliklinik, yataklı servis, ameliyathane ve yoğun bakımdan steril edilmesi istenilen malzemeler ve cerrahi tekstil ürünleri ilk olarak kirli malzeme depolama alanına ulaştırılır. Toplanan malzemeler üstü kapalı olarak, insan gücü ile veya bu amaç için tasarlanmış asansör ile taşınmalıdır. Gönderilen malzemeler sayı ve tiplerinin belirtildiği bir çizelge ile teslim edilir. Sisteme yeni giren malzemeler kullanabilecek bir hale getirilebilmesi için eklentilerinden ayrıştırılmalı, açılmış setlerin tümü kullanılmamış bile olsa, cerrahi aletler bir işleme tabi tutulmadan doğrudan merkezi sterilizasyon ünitesine gönderilmelidir. Poliklinik ve yataklı servisin tekstilleri kirli malzeme deposuna gelmeden direkt çamaşırhaneye yönlendirilir.

8.1.2. Kirli malzeme depolama alanından kirli alana aktarılan malzemenin kritik olmayan, yarı kritik ve kritik olmak üzere üç kategoride ayrıştırılması yapılır. Kritik olmayan ve yarı kritik malzemeler kirli alanda dezenfekte edildikten sonra tekrar kullanılacağı kliniğe geri yönlendirilir.

8.1.3. Kullanılmış aletler MSÜ ye ulaştıktan sonra uygun bir çözücü-dezenfektan ile dekontaminasyonu yapılarak sayılmalı ve sınıflamaları sağlanmalıdır. Elle yıkama yapılacak ise kan ve vücut sıvıları ile kontamine aletler deterjan-dezenfektan/enzimatik solüsyon ile dekontamine edildikten sonra temizliği yapılır. Yıkama dezenfektör kullanımında aşırı yüklemeye yapılmamalı, tüm cihazların yıkama suyuyla temas etmesi gerçekleştirilmeli, boşlukları olan malzemeler yıkanması için uygun pozisyonda makineye yerleştirilmeli ve işlemi biten aletler makineden çıkartılıp makinede bekletilmemelidir. Lümenli aletler ile temizliği zor olan alet ve malzemelerin üzerindeki kan, protein ve diğer organik maddeler ultrasonik yıkayıcılar ile temizlenmelidir.

8.1.4. Kritik kategorisinde olan cerrahi tekstil ilk bu ilk dekontaminasyon işleminden sonra çamaşırhaneye gönderilir. Cerrahi malzemeler ise temiz alana geçirilir. Aletlerin birbiri ile temas eden uçları açık pozisyona getirilip, çalışan güvenliği için kesici uçlardan çıkarılabilenler çıkarılır, çıkarılamayan kesici uçlar yıkama sepetine uygun bir pozisyonda yerleştirilir.

8.1.5. Temiz alanda malzemenin dekontaminasyon açısından tekrar değerlendirmesi yapılır. Eğer uygun dekontaminasyon işlemi yapılmadığı düşünülüyor ise malzeme tekrar kirli alana gönderilir ve dekontaminasyon işleminin tekrarı sağlanır.

8.1.6. Eğer dekontaminasyon yeterli ise aletlerin bakımları gerçekleştirilir. Eklemlili cerrahi aletlerin korozyon, paslanma ve işlevsel yönden kontrolü yapılarak gerek görüldüğünde bakım ve yağlama yapılmalı, kullanılmayacak şekilde hasar görmüş olan cerrahi aletler setlerden çıkarılarak ilgili birime tutanak karşılığı verilir.

8.1.7. Daha önce ilgili birimlerce istenilmiş olan malzemeler kullanım talebine göre bir araya getirilerek setler oluşturulur. Çamaşırhane sürecini tamamlamış olan tekstilin de merkezi sterilizasyon ünitesi temiz alanına gelmesi ile bohçalar hazırlanır ve paketleme yapılır. Tekstil paketleme malzemesi yıkanmış olmalı, delik ve yırtık olup olmadığı kontrol edilmeli ve en fazla beş buçuk kilogram yük yapılmalıdır. Sterilizasyon poşetleri ısı ile güvenli kapatma özelliği olan paketleme makineleri ile kapatılmalıdır.

8.1.8. Bohçalama ve paketlenmesi bitirilen tekstil ve setler uygun sterilizasyon yöntemine göre steril edilir. Buharlı sterilizasyon, kuru hava sterilizasyonu ve diğer sterilizasyon yöntemlerinden hangisi kullanılacağı belirlenerek gerekli yüklem yapılır. Kâğıt kâğıda, plastik yüzeye karşılık getirilerek paketler sıkıştırılmadan ve kuvvet uygulanmadan yerleştirilerek kazan hacminin en fazla %70i doldurulmalıdır.

8.1.9. Sterilizasyon işlemi bittiğinde sterilizasyon kontrolü yapılır. Etkin sterilizasyon işleminin yapıldığının kanıtı olarak fiziksel, kimyasal ve biyolojik testleri kullanılmalı ve kayıt altına alınmalıdır. Yapılan işlemlerin ve testlerin kanıtları biyolojik, kimyasal ve fiziksel performans testlerinin temizlik kaydının arıza, tamir, rutin bakım ve validasyon raporlarının tutulması gerekmektedir. Eğer sterilizasyon koşulları sağlanmadı ise süreç baştan alınır ve yeniden bohçalama ve paketleme işlemi için malzeme temiz alana gönderilir.

8.1.10. Sterilizasyon koşulları uygun olarak tamamlanan malzeme steril depoya aktarılır. Steril olarak kullanılması planlanan her malzeme bir kontrol numarası ile belirlenmeli ve kaydı tutulmalıdır. Bu kontrol numarasında malzemenin hangi sterilizatörde steril edildiği, sterilizasyon tarihi, çevrim sayısı belirtilmelidir.

8.1.11. Steril depoda ilk giren ilk çıkar yöntemi kullanılarak malzeme sirkülasyonu sağlanmalıdır.

8.1.12. Depolanmış olan maddelerin sıvılardan etkilenmemesi, poşetlerin ve bohçaların bekleme esnasında zarar görmemesi için depolama ona göre yapılmalıdır. Steril edilen malzemenin paketi ıslanır, yırtılır, delinir veya bekleme süresi belirlenen sürelerden fazla ise tekrar sterilizasyona gönderilmelidir.

8.1.13. Merkezi Sterilizasyon Ünitesi ekibi yönetici, hemşire, teknisyen ve yardımcı personelden oluşmalıdır. Personel sayısına; hizmet verdiği yatak sayısı, poliklinik sayısı, ameliyathane oda sayısı, gibi fiziki yazılar ve işletme yüküne göre karar verilmelidir.

8.1.14. Personel giysilerinin seçiminde çalışan ve hasta güvenliği ön planda tutulmalıdır. Kişisel koruyucu tedbirler alınmalı ve elbiseler kolay giyilebilen ve çıkartılabilen, rahat olmalı ve giysileri gün aşırı veya kirlenmesi durumunda hemen değiştirilmelidir. Paketleme esnasında paketin içerisine bir yabancı madde girmemesi için uzun kollu önlük kullanılmalıdır.

8.1.15. İşleyişte temiz ve kirli malzeme ve kirli alanda çalışan ile temiz-steril alanda çalışan personelin bir araya gelmemesi için planlama yapılmalıdır.

8.1.16. Çalışma alanları, personelin rahat çalışmasını sağlayacak sıcaklıkta olmalıdır. Ancak sıcaklık mikroorganizmaların üremesini artıracak düzeyin altında olmalıdır.

8.1.17. Sterilizasyon ve dezenfeksiyon işlemlerinde kullanılan suyun özellikleri sterilizasyon işlemi için kullanılacak buharın üretildiği suyun sertliği ölçülmelidir.

8.1.18. Dekontaminasyon, hazırlama ve ambalajlama, sterilizasyon, işleme, steril depolama ve dağıtım dahil olmak üzere merkezi bölümün bütün alanları için aydınlatma değerlerinin seçilmesi gerekmektedir.

8.1.19. Merkezi Sterilizasyon Ünite personeli giysileri giyilmesi ve çıkartılması kolay, rahat, konforlu, kısa kollu bir gömlek ve pantolondan kıyafetler olmalıdır. Ancak Paketleme aşamasında ciltten olacak dökülmeleri önlemek için uzun kollu gömlek kullanılması gerekmektedir

8.1.20. Dekontaminasyon odasında çalışan personel tüm dekontaminasyon işlemi sırasında saçılma ve sıçramalardan korunmak için koruyucu gözlük ve maske (veya tüm yüzü koruyan siperlik), koruyucu sıvı geçirmez önlük ve eldiven kullanılmalıdır. Tüm ünite de çalışan personel saçları içine alan non wove materyalden disposable bir kep takmalıdır. Önü kapalı terlik giyilmeli ve terlikler yıkanabilir özellikte olmalıdır. Merkezi sterilizasyon ünitesinde çalışanların giysileri gün aşırı veya kirlenmesi durumunda hemen değiştirilmelidir.

8.1.21. Merkezi sterilizasyon ünitesinde işe yeni başlayacak elemanların genel sağlık muayenesine ek olarak rutin kan sayımı ve biyokimyasal incelemeleri, işitme testi yapılır ve sonuçlara göre Hepatit B ve tetanoz aşılımları uygulanmalıdır. Sağlık kontrolleri her yıl tekrarlanmalıdır.

8.1.22. Gaz sterilizasyonu yapılan birimlerde çalışanların maruziyet kontrolü için cilt, göz, solunum sistemi, üreme sistemi, hematopoetik sistem kontrolü, nörolojik sistem kontrolü yıllık yapılmalıdır.

8.1.23. Personel kesici delici alet yaralanmaları yönünden takibi sağlanmalıdır.

8.1.24. Merkezi sterilizasyon ünitesinin temizliği aseptik teknik kuralları doğrultusunda temizden kirliye, yukarıdan aşağıya doğru yapılır. Temizlik işlemi için kullanılacak kimyasallar ve materyaller enfeksiyon kontrol komitesinin görüşleri doğrultusunda seçilmeli ve kullanılmalıdır.

9. Yoğun Bakım ve Reanimasyon Hizmetleri

Bünyesinde yoğun bakım ünitesi bulunan sağlık tesislerinde bir ya da daha fazla organ veya organ sistemlerinde ciddi işlev bozukluğu nedeniyle yoğun bakım ihtiyacı olan hastaların yaşamsal göstergelerin izlendiği, hasta takip ve tedavisinin 24 saat esasına dayalı olarak kesintisiz sürdürüldüğü, özel olarak düzenlenmiş bölümlerde sunulan hizmetlerin bütünüdür.

9.1. Yoğun Bakım Hizmet Sunumu Süreci

9.1.1. Yoğun Bakım hizmet sunumu için uygun düzenlemelerin yapılması gereklidir.

- a) Her yoğun bakım Bakanlık tarafından belirlenen hasta kabul kriterlerini tanımlamış olmalıdır.
- b) Yatak başı tıbbi gaz sistemine bağlı hasta başı paneli çalışır durumda olmalıdır.
- c) Yoğun bakım ünitesindeki teşhis, tedavi, müdahale, ölçme ve izleme cihazları (ventilatör, monitörler, defibrilatörler vb.) için kalibrasyon işlemleri yapılmalıdır.
- d) Yoğun bakım ünitelerinde sterilizasyon şartlarını sağlayacak şekilde hepafiltre veya benzeri mikroorganizmaları süzebilen ve tutabilen havalandırma sistemi bulunmalıdır.
- e) Yoğun bakım ünitelerinde tüm yüzeyler kolay silinebilir, dezenfekte edilebilir ve bakteri tutmayan nitelikte olmalıdır.
- f) Yoğun bakım ünitelerinde hasta mahremiyetini sağlamak üzere gerekli düzenlemeler (perde, paravan) bulunmalıdır.
- g) Acil müdahale seti kolay ulaşılabilecek konumda olmalı ve içindeki ekipman çalışır durumda bulunmalıdır.

9.1.2. Hastanın yoğun bakıma kabulü,

- a) Acil servis hekimi tarafından yoğun bakımda tedavi edilmesi düşünülen hastalar için öncelikle yoğun bakım sorumlu hekimi ile bağlantıya geçilir. Yoğun bakım sorumlu hekiminin de uygun görmesi ile hastanın yoğun bakıma transportu kararlaştırılır. Hasta, hasta yönlendirme ve refakat elemanı ve sağlık personeli refakatinde uygun tıbbi destekle yoğun bakım servisine gönderilir.
- b) Servisten ya da ameliyathaneden yoğun bakıma alınacak hastalar için ilgili branş hekimi yoğun bakım hekimi ile görüşülür. Mutabakat sağlanması halinde hasta, hasta yönlendirme ve refakat elemanı ve sağlık personeli refakatinde uygun tıbbi destekle yoğun bakım servisine gönderilir.
- c) Başka bir sağlık tesisinden daha önceden bilgi verilerek getirilen hasta ise, yoğun bakım görevli hekimine hasta sevk formu imzalatılarak teslim edilme şeklinde olur.
- d) Yoğun bakıma getirilen hastayı yoğun bakım görevli hekimi, yoğun bakım görevli hemşiresi ve personel karşılar. Hasta kimlik doğrulaması yapılarak yatağına alınır. Varsa kol bandı kontrol edilir, yoksa takılır. Hasta dosyası ilgili hemşire tarafından teslim alınır. Hekim ya da diğer sağlık personeli tarafından hasta, yasal vasisi ya da yasal temsilcisi bilgilendirilerek tedavi için bilgilendirilmiş onam formu imzalatılır. Eş zamanlı olarak yoğun bakım banko sekreteri tarafından hastanın kaydı yapılır.

9.1.3. Hekim talimatına göre hemşire tarafından hemşire gözlem kâğıdına gerekli talimatlar aktarılır ve hastanın ilk tedavisine başlanır ve paraflanır.

a) Yoğun bakım hekimim tarafından hastanın daha önceden yapılan tetkikleri kontrol edilir. Gerekliyse yeni tetkiklerin istemi hekim talimatıyla yoğun bakım banko sekreteri tarafından yapılır. Alınan numunelerin barkodları çıkarılır ve numune üzerine yapıştırılır. Hasta yönlendirme ve refakat elemanı ile laboratuvara ulaştırılması sağlanır.

b) Tetkik sonuçlarına göre asıl tedavi planı oluşturulur.

c) Hastayı diğer branş uzmanlarının görmesi gerektiği durumlarda, yoğun bakım hekimi konsültasyon istem formunu doldurup ilgili hekime konsültasyonun yaptırılmasını sağlar. Acil durumlarda hekimi arayarak yoğun bakıma davet eder ve hastanın muayenesini yaptırır. Uzman hekim önerilerini konsültasyon kağıdına not eder.

d) Hastanın vital bulgularının monitörize edilmesi esastır, hekim talimatına göre belirtilen aralıklarla ölçülen vital bulgular hemşire tarafından ölçülür ve hemşire gözlem kağıdına saatiyle birlikte kaydedilir. Normal sınırlar dışında çıkan bulguları yoğun bakım hekimine haber verir ve gereken müdahale hekim gözetiminde yapılır.

e) Diyaliz ihtiyacı olan hastanın diyaliz seansı belirlenerek talimatlandırılır. İlgili uzmanın değerlendirilmesi sonucu hemodiyaliz servisi ile iletişim kurularak hastanın diyaliz tedavisi yapılır.

f) Yoğun bakıma sepsis vb. teşhisle yatan ya da kültür sonucuna göre izole edilmesi gereken hastalar İnfeksiyon Hastalıkları Uzmanı tarafından da değerlendirilerek izolasyon odasına alınır. Tedavileri burada yapılır. İzolasyon odasının kapısına izolasyon talimatı takılır. Hastayla temasta bulunan bütün çalışanların bu kurallara uyması sağlanır. Hasta her gün İnfeksiyon Hastalıkları Uzmanı tarafından değerlendirilir. İzole hasta ayrıca infeksiyon kontrol komitesine bildirilir.

g) Yoğun bakımda yatan hastaların ağız, ayak, perine ve diğer vücut bölümlerinin bakımları, yatak banyosu ve varsa yatak yarası bakımı hemşire tarafından yapılır. Hasta yönlendirme ve refakat elemanı hemşireye yatak takımlarının değiştirilmesi, alt değiştirilmesinde yardımcı olur.

h) Uzman hekim tarafından hastanın yoğun bakımdan servise çıkarılması uygun görüldüğünde yoğun bakım sekreteri ilgili katın banko sekreteri ile görüşerek hastanın yatağını ayarlar. Yoğun bakımda yapılan tüm tedavi ve uygulamalar hasta dosyasına kaydedilir. İlgili kat yönetici sekreteri sorumlu hemşireyi bilgilendirir. İlgili sorumlu hemşire ile hasta yönlendirme ve refakat elemanı uygun transfer aracını alarak yoğun bakıma gider.

9.1.4. Yoğun Bakımda,

a) Yoğun bakım sorumlu hemşiresinden hastayı ve dosyasını teslim alarak hastayı yatağına götürür. Yoğun bakım yönetici sekreteri hastanın yakınlarına ulaşır hastanın servise çıkacağını haber verir.

b) Yoğun bakımdan taburcu edilecek hastanın reçetesi verilir. Evde devam edeceği tedaviler detaylı olarak anlatılır. İlgili bölüme kontrol randevusu yoğun bakım banko sekreteri tarafından alınır. Hastaya verilmesi planlanan sağlık kurulu raporu da taburcudan önce hazırlanarak imza altına alınır.

c) Yoğun bakımda eksitus olan hastalar hemşire ve personel tarafından hazırlanır. Hasta üzerinde bulunan damar yolu, sonda, dren, kateter, elektrotlar vb. çıkartılır. Hasta künyesi çıkarılmaz. Sağ ayak başparmağına eksitus kartı takılır. Ölünün üzeri personel tarafından örtülerek morga götürülür. Sorumlu hekim tarafından hasta yakını uygun bir yerde ve şekilde bilgilendirilerek haberdar edilir.

9.1.5. Organ nakli için uygun donör olan hastalardan beyin ölümü şüphelenilenler, il organ nakil koordinatörüne sorumlu hekim tarafından haber verilir ve işlemler mevzuat çerçevesinde tamamlanır.

9.1.6. Mesai bitiminde hemşireler, servis sorumlu hemşiresi eşliğinde bütün hastalara vizitlerini yaparak nöbetçi hemşirelere hastaları teslim ederler. Nöbetçi hemşireler nöbetleri sırasında gelişen olayları hemşire nöbet defterine not ederek, imza altına alırlar. Gerekirse gelişen olumsuzluklarla ilgili tutanak tutarlar, nöbetçi sorumlu hemşireye bilgi verirler.

9.1.7. Yoğun bakımda bulunan acil arabasındaki ilaç ve sarf malzemelerini her nöbet bitiminde nöbetçiler birbirlerine yazılı olarak teslim ederler ve imzalarlar. Aynı şekilde tüm yoğun bakım cihazları çalışır durumda teslim edilip kayıt altına alınır.

9.1.8. Kırmızı ve yeşil reçeteye giren ilaçlar hastaya uygulanacaksa hekim tarafından talimata ilacın adı ve dozu yazılır, kaşe ve imza altına alınır. Hemşire tarafından eczaneden alınır ve uygulanır. Bu ilaçlar yoğun bakım içerisinde az miktarda da olsa depolanıyorsa eğer, Narkotik İlaç Defterine kaydedilir. İlaçlar yapıldığı zaman deftere (hasta adı, ilacın dozu, yapılış saati, yapılış yolu, yapan kişi ve istemi yapan hekim olarak) kaydedilir. Yapılan ilaçtan bir miktar ilaç kaldı ise bu miktar Narkotik İmha Formu düzenlenerek iki hemşire ve hekimin imzası ile imha edilir. Formun bir nüshası sağlık tesisi eczanesine gönderilir. Narkotik ilaçlar kilit altına alınır.

9.1.9. Yoğun bakım servisine yeni başlayan çalışanlara, sorumlu hemşire tarafından bilinmesi gereken bütün bilgiler için oryantasyon eğitimleri verilir. Çalışan, servisteki bütün prosedürü öğrendikten sonra servis içi oryantasyon formu doldurularak imza altına alınır

9.1.10. Yoğun bakım alanları, temiz ve düzenli olarak hastaya hizmet verecek şekilde düzenlenmelidir. Hasta sedye geçişini zorlaştıracak malzeme ve kalabalığın önlenmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır. Gün içinde kullanıma bağlı temizlik ihtiyaçları sağlık hizmetini engellemeyecek şekilde yapılmalıdır.

9.1.11. Yoğun bakım kullanım alanlarının uygun ısıtma, soğutma, havalandırma şartlarını taşıması gerekir. Doğal ışık imkânları sağlama önceliği dikkate alınarak yeterli aydınlatma yapılmalıdır.

9.1.12. Bu alanların personele yönelik yeterli güvenlik tedbirleri alınmalıdır. Güvenlik kod uygulaması bu alanlarda esastır. Güvenlik önlemleri kapsamında kamera sistemleri kurulurken personelin kişisel mahremiyete özen gösterilmelidir.

9.1.13. Yoğun bakımlarda kullanılacak ilaç ve malzemelerin istemleri ilgili üniteye görev yapan personeller tarafından ünitenin kayıt elemanına bildirilir. Kayıt elemanı, talebin niteliğine ve sağlık tesisinin ihtiyaç yönetimi politikasına uygun olarak ilgili birime bilgi verir. İlgili birim tarafından aciliyet sırası da dikkate alınarak, mevcut stoklardan veya tedarik yoluyla gereken malzeme elde edilerek ilgili üniteye kullanılacak kişiye teslim edilir.

9.1.14. Yoğun bakım kullanım alanlarında, teknik donanım, elektrik ve sıhhi tesisatlarda meydana gelebilecek aksaklıklar gibi hizmeti olumsuz etkileyecek durumlarda, kat yönetici sekreteri, teknik işler bölümüne gerekli bilgiyi verir.

10. Doğumhane Hizmetleri

Doğumun öncesi, doğum ve sonrasında anne ve bebeğe verilen hizmetlerin bütünüdür.

10.1. Doğumhane Hizmet Sunumu Süreci

10.1.1. Hasta yönlendirme ve refakat elemanı eşliğinde doğumhaneye getirilen hasta görevli sağlık personeli ve doğumhane banko elemanına teslim edilir. Görevli sağlık personeli tarafından hastaya ilk tıbbi bilgiler verilir ve hekim sorumluluğunda hastaya ya da yakınına onam formu imzalatılır. Hasta yakınları bekleme salonuna alınır.

10.1.2. Doğumhaneye alınan hastaya güvenlik açısından yardımcı sağlık personeli tarafından kol bandı varsa kontrol edilir yoksa takılır. Kol bandında hastanın adı soyadı, TC kimlik numarası, protokol numarası, doğum yeri ve doğum tarihi bilgilerinden en az üçü olmalıdır.

10.1.3. Hekim tarafından hastanın doğumhanede ilk muayenesi yapılır. Bu muayenenin sonucuna göre hasta travay odasına, direkt doğum salonuna veya yüksek riskli gebelik travayına alınabilir.

10.1.4. Direkt doğum salonuna alınan hastanın doğumu gerçekleştirilir. Doğumu gerçekleştiren hasta ve bebek bakımı ve kayıt işlemleri yapılarak daha önceden hazırlanan kol bandı bebeğe takılır. Bebeğin ilk muayenesi ilgili uzman doktor tarafından yapılarak aşıları uygulanır. Bebek ilk muayenesi sonucuna göre takip altına alınır. Gerekiyorsa bebeğin ilgili servise transferi sağlanır. İlk muayenesi normal olan bebekler annesi ile beraber servise gönderilir. Eğer hastanın doğumu sırasında bir komplikasyon gelişir ve sezaryen kararı verilirse acil ameliyat prosedürü uygulanır. Hastanın aciliyetinin ilgili Kadın Doğum uzmanı tarafından dosyasına yazılması ve paraflanması gereklidir. Sezaryen ameliyatı tamamlanan hasta anestezi teknisyeni ve hasta yönlendirme ve refakat elemanı tarafından derlenme odasında görevli sağlık personeline devredilir. Derlenme odasındaki hastanın bilinci açılınca ve fiziksel olarak tam stabil hale gelince, ki bunun kararı anestezi ve kadın doğum uzmanlarınca verilir, hasta yönlendirme ve refakat elemanı ve hemşire tarafından yataklı servise götürülür. Burada servis hemşiresi ve servis banko elemanına teslim edilerek yatağına alınır.

10.1.5. Travay odasına alınan hastalar uygun görülen zamanda doğum salonuna alınır ve doğumları gerçekleştirilir. Sezaryen kararı verilen hastalar için Ameliyathane prosedürü uygulanır.

10.1.6. Doğumhanede görevli sağlık personeli NRP (Neonatal Resüsitasyon Programı) eğitimi almış olmalıdır.

10.1.7. Doğumhane bekleme alanları temiz, hasta yakınlarının oturabileceği şekilde düzenlenmelidir. Hasta hakkında bilgilendirme için elektronik ekranlar bekleme alanlarına kurulur.

10.1.8. Doğumhanelerde kullanılacak ilaç ve malzemelerin istemleri ilgili ünite görev yapan personeller tarafından ünitenin kayıt elemanına bildirilir. Kayıt elemanı, talebin niteliğine ve sağlık tesisinin ihtiyaç yönetimi politikasına uygun olarak ilgili birime bilgi verir. İlgili birim tarafından aciliyet sırası da dikkate alınarak, mevcut stoklardan veya tedarik yoluyla gereken malzeme elde edilerek ilgili ünite kullanacak kişiye teslim edilir.

10.1.9. Doğumhaneler, temiz ve düzenli olarak hastaya hizmet verecek şekilde düzenlenmelidir. Hasta tekerlekli sandalyesinin geçişini zorlaştıracak malzeme ve kalabalığın önlenmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır. Gün içinde temizlik ihtiyaçları sağlık hizmetini engellemeyecek şekilde iki doğum arasında yapılmalıdır.

10.1.10. Doğumhanelerde, teknik donanım, elektrik ve sıhhi tesisatlar da meydana gelebilecek aksaklıklar gibi hizmeti olumsuz etkileyecek durumlarda, kat yönetici sekreteri, teknik işler bölümüne gerekli bilgiyi verir.

11. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri

Ağız ve diş sağlığı hizmetleri; sağlık tesislerinde, diş hekimliğinin koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri ile ayakta, günü birlik veya gerektiğinde yatarak muayene, tetkik, teşhis ve tedavilerin yapılması hizmetlerinin bütünüdür.

11.1. Ağız Diş Sağlığı Hizmet Sunum Süreci

11.1.1. Ağız Diş Sağlığı poliklinik hizmetleri rehberin Poliklinik Hizmet Sunum Süreci'ne göre yapılır.

11.1.2. Diş hekimi isteği doğrultusunda hastanın ve diş ünitesinin tedavi işlemleri için hazırlanması yeterli personel bulunması durumunda ilgili personel tarafından sağlanır. (nabız ve tansiyon ölçülmesi, ünit temizliği, hasta önlüğü, bardak ve gerekli aletlerin hazırlanması vb.)

11.1.3. Hastanın muayene ve tedavisi esnasında oluşabilecek olumsuzluklardan etkilenmemesi için hekim tarafından kişisel koruyucu tedbirler alınır, yardımcı sağlık personeli bu konuda hekime yardımcı olur.

11.1.4. Hastanın tedavisi sırasında hekimin ihtiyaç duyduğu tüm malzemelerin kullanıma hazır hale getirilerek hekime sunulması (siman hazırlanması, amalgam hazırlanması gibi) ve aletlerin hazır halde bulundurulması gibi işlemler yeterli personel bulunması durumunda yardımcı sağlık personeli tarafından gerçekleştirilir.

11.1.5. Muayenesi tamamlanan hastanın yapılacak tedavisi hekim tarafından planlanır. Girişimsel tedavinin gerekli olduğu durumlarda hastanın yasal olarak ödemek zorunda bulunduğu ücretler var ise, miktarı ve sebebi hakkında bilgi verilmek üzere hekim hastayı ilgili birime yönlendirir.

11.1.6. Hekim teşhisi desteklemek amacıyla radyolojik tetkik isteyebilir.

11.1.7. Hastanın genel durumuna göre sistemik rahatsızlıkları değerlendirilerek gerekirse konsültasyon istenir.

11.1.8. Diş eksikliği tedavisi gören hastanın çenesinin ölçüsü alınır ve bu ölçüler hastanın adı soyadı, istenilen protetik tedavi detayları, hastanın varsa enfeksiyon bilgileri, gönderilen birim ve hekim adını kapsayan bir form ile, öncelikle laboratuvar personeli tarafından ilgili diş protez laboratuvarına ulaştırılır.

11.1.9. Diş eksikliği devam tedavisinde, diş protez laboratuvarında yapılan işlemlerin ağızda kontrolleri sağlandıktan sonra, bir sonraki işlemin yapılabilmesi için tekrar diş protez laboratuvarına form ile ulaştırılır.

11.1.10. Tedavisi sonlanan hasta, gerekli hallerde kontrol muayenesi için randevu verilerek iyilik haliyle gönderilir.

11.1.11. İleri diş hekimliği tedavisi ihtiyacı olan hastalar ise tedaviyi üstlenmiş hekim tarafından, genel poliklinik alanında, lokal anestezi ile ileri cerrahi girişimsel alanda veya genel ameliyathanede çalışan uzman/doktoralı diş hekimine hasta, hastalık geçmişi ve ön tanı ile gönderilir.

11.1.12. İleri diş hekimliği tedavisi için poliklinikten veya sevkle gelen hasta, hekim sekretermasına başvurur.

11.1.13. Diş hekimine giden hastanın;

- a) Uygulanması gereken tedavi prosedürleri ve uygulanacak tedavi için gerekli bilgilendirme yapılır.
- b) Muayenesi yapılır ve hekim tarafından randevusu verilir.
- c) Randevu günü ve saatinde diş hekimine gelir. Tedavisi devam gerektiren bir tedavi ise tekrar tedavi sonlandırılıncaya kadar randevular verilir.
- d) Tedavisi biten hasta iyilik haliyle gönderilir veya gerekiyorsa sevk eden hekime geri gönderilir.
- e) Klinik sekreteryasına gelerek tedavi için hastalık geçmişi ve ön tanısı ile dosyası oluşturulmaya başlanır. Dosya için gerekli bilgi, belge bir tetkik eksikliği varsa tamamlanır.
- f) İlgili hekim tarafından muayenesi yapılarak randevusu verilir. Hastaya yapılacak olan tedavisi hakkında bilgi verilir. Gerekli durumlarda tıbbi ilaç ve malzeme reçete edilip operasyon öncesi uyması gereken kurallar hakkında bilgi verilir.
- g) Randevu gününde hekimine gelir. Hastaya onam formu imzalatılır. Onamlar sağlık işletmesince saklanır.
- h) Tedavisi yapılan hastaya gerekli hallerde reçetesi ve kontrol randevusu verilerek bitim tedavisi radyolojik tetkikleri, başlangıç radyolojik tetkikleri, diğer tetkikler kullanılan tıbbi malzeme vs. kayıt altına alınarak dosya tamamlanır. Dosya sağlık tesis işletmesi idaresince saklanır. Hastaya tedavisi sonrası uyması gereken hususlar hakkında bilgi verilir.
- i) Kontrol muayenesi yapılması gerektiği durumlarda yapılan değerlendirme sonucu ile ilgili hastaya bilgilendirme yapılır, hasta iyilik haliyle gönderilir veya gerekiyorsa sevk eden hekime geri gönderilir.

11.1.14. Genel anestezi ile girişimsel alanlarda çalışan diş hekimine giden hasta için rehberde Ameliyathane Hizmet Sunum Sürecine göre işlem yapılır.

11.1.15. 20 ünit ve üzerindeki hizmet birimlerinde, çocuklara yönelik tedavi edici ve koruyucu diş hekimliği hizmetlerini vermek üzere “Pedodonti Kliniği” oluşturulur.

11.1.16. Kullanılan tıbbi cihazların verimli ve güvenilir bir hizmet sunumunda kullanılması için kalibrasyonlarının uygun bir şekilde yapılması gerekmektedir. Kalibrasyon zaman ve takibi bir prosedüre bağlı olarak tasarlanmalıdır.

11.1.17. Kişinin tedavinin sonlanmasında veya sevk işleminde hastaya uygulanan işlemler ve sonrasında yapılması gerekenler ile ilgili bir bilgilendirme formu hekim tarafından onaylanmış olarak verilmelidir.

11.1.18. Ağız Diş Sağlığı radyoloji hizmetleri rehberin Görüntüleme Hizmet Sunumuna göre yapılır.

11.2. Diş Protez Laboratuvar Hizmet Sunumu

11.2.1. Bu hizmetler, diş hekimi eliyle hastadan elde edilen ve sterilliği sağlanmış ölçü, model ve kayıtlar üzerinde, meslek bilgisinin gerektirdiği kurallara bağlı kalarak ve diş hekiminin vereceği bilgiler ile talepler dikkate alınarak, ağız protezleri, çene-yüz protezleri, ortodontik aygıtları yapmak ve gerektiğinde yapılmış protezler ile aygıtları onarmak işlemlerinden ibaret olup, sağlık tesislerinde verilen protez- ortodontik tedavi hizmetlerinin diş protez laboratuvar safhalarını kapsayan hizmetlerdir.

11.2.2. Diş Protez laboratuvarı, kliniklerden gelen organik maddelerden su ile arıtılmış ve dezenfekte edilmiş ölçüleri hava geçirmeyen kapalı kaplar içerisinde hasta, hekim ve protez teknisyeni bilgilerini içeren künye ile diş protez ölçü, model ve kayıtlarını teslim alır.

- 11.2.3.** Diş protez laboratuvarları yaptıkları işlemler ve işlemlerin teslim edilmeleri hakkında çalıştıkları birimlere bildirimde bulunmalıdır.
- 11.2.4.** İlgili diş protez teknikeri/teknisyeni işi belirtilen gün içerisinde kliniğe teslim etmek zorundadır.
- 11.2.5.** Ölçü kaşıkları tekrar kullanıma geçinceye kadar standart dezenfeksiyon ve sterilizasyon aşamalarından geçirilmelidir.
- 11.2.6.** Protez yapımının her aşamasında gerekli kriterlere uygun olup olmadığını ilgili diş teknikeri/teknisyeni kontrol eder ve herhangi bir uygunsuzlukta hekimle irtibata geçer.
- 11.2.7.** Diş protez laboratuvarında oluşan kullanılmış ölçü maddesi, alçı, mum gibi tıbbi atıkların mevzuata uygun olarak toplanması ve depolanması gerekmektedir.
- 11.2.8.** Diş protez laboratuvarından kliniğe geri gönderilecek parçalar temizlenmeli ve dezenfekte edilmelidir.
- 11.2.9.** Gereği kadar vakumlu çalışma masası, mikro- motor ve hizmet için gerekli diğer tıbbi cihaz, araç- gereç ve sarf malzemesi bulunmalıdır.
- 11.2.10.** Teknisyenlere iş dağıtımının eşit olarak sağlanması, biten işlerin kliniklere gönderilmeye hazır hale getirilmesinin sağlanması, takibinin yapılması, diş protez laboratuvarında kullanılan tıbbi cihaz, araç-gereç, sarf malzemesi ve benzerlerinin kullanılabilir halde bulundurulmasının sağlanması için bir diş protez laboratuvar sorumlusu görevlendirilir.
- 11.2.11.** Çalışan ve hasta güvenliğinin sağlanması için, kullanılan tüm malzemelerin bakımlarının cihaz kullanım talimatına uygun olarak yapıp, kalibrasyonlarının tamamlandığını gösteren künyeler cihazların üzerinde bulunmalıdır.

11. Ambulans Hizmetleri

Sağlık tesisleri, Bakanlıkça bu hususta yapılan planlama çerçevesinde acil durumlarda veya hasta nakli gerekmesi halinde il ambulans komuta merkezine bilgi vermek ve bu birimin direktifleri doğrultusunda ambulans hareketlerine uymakla yükümlüdür.

12.1.Ambulans Hizmetleri Süreci

- 12.1.1.** Ambulans hizmetlerinin sunumunda gerekli şartları karşılamalıdır.
- a)** Ambulans ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliğinde belirlenen ilaç listesindeki ilaçlar araçta bulundurulmalı ve günlük kontrolleri yapılmalıdır.
- b)** İlaçların kritik stok seviyesi belirlenmelidir.
- c)** Sarf malzemesi ve ilaçların son kullanım tarihlerinin takibi yapılmalı ve ambulansın ihtiyaç bildirdiği ilaç ve sarf malzemesi anında karşılanmalıdır.
- d)** Bütün tıbbi ekipmanlar çalışır durumda olmalı ve kalibrasyonu düzenli olarak yapılmalıdır.
- e)** Her nöbet devrinde araç kontrolü yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.
- f)** Ambulansın ve tıbbi malzemelerin günlük temizlik, dezenfeksiyon ve sterilizasyon talimatları tanımlanmalı ve uygulanmalıdır.
- g)** Sedyeler, kızakları ve emniyet kemerinin kullanılabilir durumda olmasına yönelik günlük kontroller yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.
- h.** Ambulans personeline hastaya tıbbi müdahale ile ilgili olarak temel eğitim, ileri kardiyak (yaşam), pediatrik ve travma yaşam desteği konusunda yılda en az bir defa eğitim aldırılmalıdır.

12.1.2. Ambulansla gelen hastanın sağlık tesisine kabulü gerçekleşir.

a) Nakil süresince hastanın genel durumu gözetilerek ekip sorumlusunun uygun göreceği belli aralıklarla hastanın vital bulguları kontrol edilir ve kayıt altına alınır.

b) Hasta bilgileri, ön teşhis, uygulanan tedavi ile ilgili Acil Hekimi bilgilendirilir. Acil hekiminden hastanın teslim edildiğine dair imza alınır.

c) Hastanın nakledildiğine dair Kontrol Komite Merkezi bilgilendirilerek ekip sağlık tesisinden ayrılır.

d) Normal şartlarda sağlık tesisinin acil hastayı çevirmeye yetkisi yoktur. Ancak olağan dışı durumlarda veya yanlış bir uygulama sonucu hasta eğer sağlık tesisi tarafından red edilir ise Kontrol Komite Merkezi bilgilendirilir. Yeniden sağlık tesisi bulunması prosedürü başlatılır ve durum daha sonradan rapor edilerek ilgili inceleme başlatılması için girişimde bulunur.

12.1.3. Sağlık Tesisleri Arası Hasta Nakil İşlemleri,

a) Sağlık tesisleri il ve iller arası hasta transferine karar verdiklerinde vital bulgular değerlendirilerek, yaşamsal desteği sağlayacak gerekli önlemler alındıktan sonra transferi yapılabilir.

b) Sağlık tesisleri arasında yapılacak olan nakilleri değerlendiren görevli en az bir hekim bulundurulmalıdır. Bu görevli hekim kontrol komuta merkezi sorumlusuna bağlı olmalıdır.

c) Sağlık tesisleri arası veya il dışı nakil taleplerini içeren aramalarda, çağrı karşılama çalışanı tarafından vaka formu açılır. Forma arayan telefon numarası, arayan kişi/kurum adı, nereden arandığı ve hastanın bilinç durumu bilgileri girilerek çağrı, görevli hekime bildirir.

d) Hekim tarafından hastanın transferi uygun görülür ise uygun sağlık tesisi ve uygun ambulans seçimi kontrol komuta merkezi tarafından belirlenir.

e) Hastanın epikrizi ilgili sağlık tesisi tarafından ambulans ekibine verilir. Hasta hakkında nakil yapılacak sağlık tesisi bilgilendirilir.

f) Hastanın transferi esnasında ve öncesinde yapılan tedavileri anlatan dosya teslim edilen sağlık tesisi acil veya ilgili hekime bırakılır.

g) Teslim edilen hastanın teslim edildiğine dair tutanak düzenlenir.

h) Ekip istasyona döner ve vaka raporu düzenler.

i) Sağlık tesisleri arası hastanın hızlı transferi gereken durumlarda transfer edilecek sağlık tesisi temin edilmesi beklenilmeden kontrol komuta merkezince ambulans hemen gönderilir. Uygun temini hastanın transfer işlemi yapılması esnasında belirlenir.

i) Sağlık tesisleri ve iller arası nakillerde ve acil hastalarının ilk müdahalelerinin planlanmasında yetkili Kontrol Komuta Merkezidir. Sağlık tesisleri ve bağlı kurumlar bu konuda Kontrol Komuta Merkezi talimatlarına uygun olarak hareket ederler.

j) Sağlık tesisleri arası transferlerde sağlık tesisleri kendi aralarında veya diğer illerin Kontrol Komuta Merkezlerini direkt aramamalı, illerinde bulunan Kontrol Komuta Merkezleri aracılığıyla iletişime geçmelidir.

k) Hastaları kabul etmeyen sağlık tesisleri veya uygunsuz biçimde nakil talebinde bulunanlar hakkındaki ilgili tutanaklar tutulmalıdır.

l) İller arasında, gerek kara gerek hava yolu ile yapılan nakillerde, il sınırlarına girişte ve çıkışta söz konusu illerin Kontrol Komuta Merkezine hasta ve görevle ilgili bilgi verilir. Bu bilgi hava yolu ile yapılan nakillerde gidilecek ilin Kontrol Komuta Merkezi havalanmadan önce iletilir. Başka illerden gelen nakillerde görevli ambulansın takibi yapılarak, gerektiğinde

dönüşlerinde de vaka nakli için görevlendirilmek üzere ilgili Başhekim Yardımcısına bilgi verilir.

13. Eczane Hizmetleri

Eczane hizmetleri, sağlık tesislerinin ihtiyacı olan her türlü ilacın ve ilaç uygulanması için gerekli tıbbi sarf malzemelerinin belirlenmesi ve bunun için esas teşkil edecek taleplerin toplanması, depolanması, dağıtılması, kayıtlarının tutulması, miadının takibinin yapılması ve ilaç imhası gibi hizmetlerin bütünüdür.

13.1.Eczane Hizmetleri Sunum Süreci

13.1.1. İhtiyaçların Tespiti ve Talep Oluşturulması,

- a) İlaçların yıllık ihtiyaç miktarları, sağlık tesisi ilaç sorumlusu veya görevlendireceği bir eczacı ve taşınır kayıt kontrol yetkilisinin ortak çalışması ile hazırlanır.
- b) Taşınır kayıt kontrol yetkilisi, bir önceki sene kullanılan miktarları değerlendirerek ve tahmini artışları da göz önüne alarak ana ihalede yer alacak ürünleri belirler. Bunları sağlık tesisi ilaç sorumlusuna sunar. Birlikte tekrar değerlendirme yaparak listedeki ürünleri ve miktarlarını belirlerler.
- c) Yatan hastalara ait dışarı reçete çıkışları ve klinisyen doktorların görüşleri de dikkate alınarak, sağlık tesisine ilk defa alınacak ilaçlar belirlenir ve bunlar da ana listeye eklenir.
- d) Listeler toparlanarak en son hali verilir ve talep dosyası oluşturulur. Dosya akıllı malzeme yönetimi birimine sunulur.

13.1.2. Muayene Kabulü Yapılmış İlaçların İlaç Deposuna Alınması,

- a) Satın alınan ilaçlar şartname kriterlerine göre sağlık tesisi ilaç sorumlusu gözetiminde teslim alındıktan sonra, ilaç deposuna yerleştirilir.
- b) İlaç depolarında görevlendirilmiş kişiler; ilaçların evsafına uygun olarak alınması, depolara yerleştirilmesi, miatlarının kontrolü, miadı yaklaşan ve azalan ürünlerin belirlenmesi işlerini yaparlar ve ilgili kayıtları tutarlar. Miadı azalan ürünlerin, ürünleri getiren firma ile görüşülerek değiştirilmesi, daha önce firma tarafından değiştirilmiş ve kullanılmayacak ürünlerin başka sağlık tesisine sevkinden sorumludurlar.
- c) Miadı geçen ürünlerin, sağlık tesisleri ilaç sorumlusu bilgisi dahilinde il sağlık müdürlüğüne imha için tesliminden, taşınır kontrol yetkilisi sorumludur.
- d) Soğuk zincire tabi ürünler, buzdolaplarında veya soğuk hava depolarında depolanır.
- e) İlaç depolarında kullanılan kontrol cihazlarının (ısı, nem) kalibrasyonları yapılır. Bu depoların ve diğer depoların sıcaklık ve nem kontrolleri her gün sabah ve akşam olarak iki defa yapılır ve kayıt altına alınır.
- f) Yeşil ve kırmızı reçeteler ile bu reçetelerle verilebilen ilaçlar, sağlık tesisleri de emniyetli bir depoda ve sürekli kilitli dolaplarda saklanır.

13.1.3. İlaç Deposundan ve Eczaneden İlaç Çıkarılması:

13.1.3.1.İlaç deposundan günlük ilaç verme bölümüne ilaçların çıkartılması;

- a) İlaçlar, sağlık tesisi ilaç sorumlusu tarafından belirlenen miktarlarda, depodan eczaneye çıkartılır. Bu ilaçlar, eczacı gözetiminde, eczacı teknisyeni veya personelce eczaneye depodan getirilerek dizilir.

b) İlaçların otomasyon programı üzerinden, miadları ve belirlenen kritik stok seviyeleri takip edilir. Kritik seviyeye ulaşan ilaçların temini için sağlık tesisi ilaç sorumlusu gerekli tedbirleri alır.

13.1.3.2. Eczaneden ilaç verilmesi;

a) İlaçların günlük hasta bazlı verilmesi esastır. Ancak, ameliyathanede, yoğun bakım ve acil serviste ilaçların birimin aciliyetine binaen yedekli verilmesi gerekebilir.

b) Talimatlara yazılan ilaçlar otomasyon sistemine, otomasyon sistemi yoksa yatan hasta ilaç talep defterine (hastanın adı, protokolü, doktoru, ilaçları ve ilaçların miktarı) yazılarak talep edilir. Talep edilen ilaçlar, eczacı tarafından veya eczacı gözetiminde eczacı teknisyeni tarafından hazırlanır. Hazırlanan ilaçlar servise gönderilerek hemşiresine imza karşılığı teslim edilir. Bu evrak sağlık tesisinin büyüklüğüne göre sağlık tesisi bazında veya servisler bazında dosyalanır.

c) Hastaya kullanılmayıp iade edilen ilaçlar, hastanın hemşiresinin iade sebebini belirttiği tutanak ile eczaneye 24 saat içerisinde geri iade edilir.

d) Kayıtlar düzeltilerek (geri alınarak) bu tutanak evrakı, servislerden geri iade edilen ilaçlar dosyasında saklanır.

13.1.4. Majistral İlaçların Hazırlanması:

a) Hekim tarafından talimatlandırılan majistral ilaçların hazırlanmasında, sağlık tesisi ilaç sorumlusu tarafından görevlendirilecek eczacı ve eczacı teknisyeni görev alır. Hazırlanan ilaç, aynı kişilerce ambalajlanır ve niteliğine göre etiketlenir. Son kullanma tarihi etiket üzerinde belirtilmelidir. Hazırlanan majistral ilaç servise götürülerek hemşiresine teslim edilir.

b) Yapılan ilaçla ilgili harcanan maddeler otomasyon sistemine ve majistral ilaç defterine işlenir.

c) Majistral ilaçların hazırlandığı kapların temizlenmesi eczane görevlilerince yapılır.

13.1.5. Yeşil ve Kırmızı Reçetelerin Temini ve Dağıtılması:

a) Yeşil ve kırmızı reçetelerin yıllık ihtiyaç miktarları, sağlık tesisi idaresine tesisin ilaç sorumlusu tarafından bildirilir. Kırtasiye deposunca sağlık müdürlüğünden teslim alınan reçeteler belli aralıklarla eczaneye aktarılır. Talep sağlık tesisleri ilaç sorumlusu tarafından yapılır.

b) Sağlık tesisi ilaç sorumlusunun görevlendireceği bir eczacı tarafından talepte bulunan hekimlere reçeteler, tutanak karşılığı teslim edilir. Reçete kullanılınca üçüncü nüshası hekim tarafından eczaneye teslim edilir. Eczacı tarafından reçeteler, 5 sene eczanede saklanılır. 5 yılı dolan reçeteler yılsonunda eczacı ve sağlık tesisi ilaç sorumlusunun imzaladığı tutanakla sağlık müdürlüğüne gönderilmek üzere idareye teslim edilir.

c) Yeşil ve kırmızı reçeteler ve bu reçetelere ait ilaçlar sağlık tesisleri eczanesince güvenli odalarda, kilitli dolaplarda saklanır. Bu reçeteye mahsus ilaçların günlük ilaç verme bölümüne ne kadar çıkartılacağı, sağlık tesisi ilaç sorumlusu tarafından belirlenir.

d) Günlük ilaç verme bölümünde de bu ilaçlar kilitli dolaplarda saklanmak zorundadır.

e) İlaçlar direkt hastanın hemşiresine teslim edilir. Hastanın hemşiresi ilgili ilaçları aldığını belirtir evrakı imzalar, bu evrak kırmızı reçete teslim dosyasında saklanır.

f) Yarım kalmış narkotik ilaçlar hekim, eczacı ve hemşire imzası ile tutanak altına alınarak imhası gerçekleştirilir. Bir nüshası eczanece, diğer nüshası servis sorumlu hemşiresince dosyalanır.

g) Hastaya kullanılmayıp iade edilen ilaçlar, hastanın hemşiresinin iade sebebini belirttiği tutanak ile eczaneye aynı gün geri iade edilir. Kayıtlar düzeltilerek (geri alınarak) bu tutanak evrakı, servislerden geri iade edilen ilaçlar dosyasında saklanır.

13.1.6. İlaç Deposu ve Eczane İle İlgili Diğer Hususlar:

a) Sağlık tesisi ilaç sorumlusu sağlık tesisinin büyüklüğü, ilaç ulaştırılabilirliği gibi hususları da düşünerek ara depolar oluşturabilir. Ara depoların sorumluluğu sağlık tesisleri ilaç sorumlusunun uhdesindedir. Gün içinde kullanılan ilaçların tamamlanması için klinik sorumlu hemşiresi eczaneye bilgi verir. Ara depo asgari ilaç listesi tespit edilmelidir.

b) Hasta bazlı günlük çıkışı yapılan ilaçların dışındaki tüm ilaçların sorumluluğu sağlık tesisleri ilaç sorumlusundadır.

14. Özel Şartlar Gerektiren Ünite Hizmetleri

Sağlık tesislerinde sunulan hizmetlerin özelliğine uygun olarak, sağlık tesisindeki mevcut personelin bu konuda ilgili eğitimi almaları sağlanarak görevlendirildiği ve hizmetin özelliğine uygun mimari ve teknik bazı özel şartlar taşıyan birim ve ünitelerde düzenlenen hizmetlerdir. Bu hizmetlerin yürütülmesine yönelik düzenlemeler Kurum tarafından belirlenir ve duyurulur.

14.1.Özel Şart Gerektiren Hizmetlerin Sunumu

Diyaliz, Organ Nakli, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Evde Sağlık Hizmetleri gibi hizmetler kendi mevzuatlarında belirtilen esaslara göre düzenlenerek hizmet sunumu gerçekleştirir.

15. Tıbbi Sosyal Hizmetler

Sağlık tesislerinde çalışan ve tesise müracaat eden hasta ve hasta yakınlarının, her türlü sosyo-ekonomik ve psiko-sosyal sorunlarının çözümünde sunulan hizmetlerin bütünüdür.

15.1. Tıbbi Sosyal Hizmetler Hizmet Sunum Süreci

15.1.1. Sağlık tesislerine müracaat eden hasta ve hasta yakınlarının, her türlü sosyo-ekonomik ve psiko-sosyal sorunlarının çözümünde toplumsal kaynakları harekete geçirerek çözüm geliştirmeyi amaçlayan tıbbi sosyal hizmet birimi ilgili mevzuata göre kurulur.

15.1.2. Tıbbi sosyal hizmet biriminde verilen hizmetlerde mahremiyet ve gizlilik esastır.

15.1.3. Servis ve polikliniklerde sosyal açıdan değerlendirilmesi gereken hastalar, sağlık personeli tarafından ilgili yönetici sekreterlere bildirilir. İlgili yönetici sekreter, sosyal destek servisi ile irtibata geçerek hasta adına randevu alır. Poliklinik hastası, hasta yönlendirme ve refakat elemanı tarafından sosyal destek servisine götürülürken, yatan hastalar ise sosyal destek servisi görevlisi tarafından yerinde ziyaret edilir.

15.1.4. Sağlık tesisleri ücretini ödeyemeyeceğini beyan eden hastaların, gerçekten ödeme gücünün olup olmadığını araştırılması için, sosyal hizmetler il müdürlüğü ile yazışmaları yapılır. Ödeme gücü olmadığı tespit edilen hastaların, sağlık hizmeti ücretlerini ödemedi

yararlanabileceği kaynakların belirlenmesi ve kullanılması sağlanır. Bu işlemler sağlık hizmeti almasını engellemeyecek şekilde yürütülür.

15.1.5. Klinikte yatan hastaların hastalık uyum sürecinde eğitimler düzenlenir ve psikososyal destek sağlanır.

15.1.6. Hasta ile ilgilenen kişilerin olmadığı hallerde, hasta yakınları ile bağlantı kurulur. Aile görüşmeleri yapılarak, yakınlarının hasta ile ilgilenmesi sağlanır. Yakını olmayan hastalar için, taburcu olduktan sonra yaşamının sosyal yönden desteklenmesi amacıyla sosyal hizmetler il müdürlüğü ile irtibata geçilir.

15.1.7. Hastasını almak ve/veya bakmak istemeyen hastaların aileleri sağlık tesisleri davet edilerek ikna edilmeye çalışılır. Sağlık tesisine terk edilen hastaların/bebeklerin ilgili kurumlarla (sosyal hizmet kurumlarıyla ya da emniyetle) koordinasyonu ve yerleştirilmesi sağlanır.

15.1.8. Sağlık tesisleri uzun süre yatmaktan dolayı moral gücünü kaybetmiş hastalara, moral desteğinin sağlanması amacıyla sosyal organizasyonlar yapılır.

15.1.9. Tedavi olmayı reddetme, ilaç kullanmayı reddetme, sağlık tesisleri kalmayı reddetme gibi durumlarda psikolojik destek verme işlemleri bu birimce sağlanır.

15.1.10. Tedaviyi olumsuz etkileyecek şekilde psikososyal uyumsuzluğu bulunan hastalar için, psikiyatr desteği ile gerekli psikososyal destek sağlanır.

15.1.11. Sağlık tesisi personelinin çalışmasını güçleştirecek şekilde sorun çıkaran hastalar ile görüşülerek, kuralların hatırlatılması ve sosyal rehabilitasyon sağlanmasında görevlidirler.

15.1.12. Sağlık tesisine başvuran, engelli birey ve ailelerinin yararlanabilecekleri toplum kaynakları hakkında bilgilendirme yapılır.

15.1.13. Hasta ve çalışan güvenliği kurulu ile koordineli olarak Mobbing tespitleri için sistemler geliştirilir.

15.1.14. Hasta ve çalışan güvenliği kurulu ile çalışanların tükenmişlik sendromu açısından değerlendirilmesi yapılır. Değerlendirme sonucu üst yönetime rapor sunularak çözüm önerileri sunulur.

15.1.15. Tıbbi sosyal hizmet birimi içerisinde hasta ve yakınları için görüşme odası düzenlenir. Bu oda temiz ve düzenli olarak hizmet verecek şekilde düzenlenmelidir.

15.1.16. Bu alanların hasta ve personel açısından uygun iklimlendirme şartlarını taşıması gerekir. Doğal ışık imkânları sağlamak kaydıyla yeterli aydınlatma yapılmalıdır.

15.1.17. Bu alanların hasta ve personele yönelik yeterli güvenlik tedbirleri alınmalıdır. Güvenlik önlemleri kapsamında hasta mahremiyetini bozmayacak şekilde kamera sistemleri kurulur.

15.1.18. Birim talepleri niteliğine ve sağlık tesisinin ihtiyaç yönetimi politikasına uygun olarak ilgili birime bildirir. İlgili birim tarafından aciliyet sırası da dikkate alınarak mevcut stoklardan veya tedarik yoluyla elde edilerek ilgili üniteye kullanacak kişiye teslim edilir.

15.1.19. Birim teknik aksam, elektrik, sıhhi tesisatlarda meydana gelebilecek aksaklıklar gibi hizmeti olumsuz etkileyecek durumlarda sosyal destek birim sorumlusu, teknik işler bölümüne telefonla gerekli bilgiyi verir. Ayrıca arıza bildirimini yazılı olarak ilgili birime iletilir.

16. Hasta Beslenme Hizmetleri

Yemeklerin mutfak, yemekhane ve servis süreçlerinde hazırlanması ve sunulması hizmetlerinin bütünüdür.

16.1. Hasta Beslenme Hizmetleri Sunum Süreci

16.1.1. Beslenme hizmetleri mutfak, yemekhane ve servis olmak üzere düzenlenir.

16.1.2. Diyetisyen, yemeklerin besin değerlerinin yeterli ve besin maddelerinin dengeli olmasını sağlayacak şekilde düzenleme yapar.

16.1.3. Normal yemek alan ve personel için mevsimlik yemek listesi düzenlenir.

16.1.4. Kuruma satın alınacak beslenme ile ilgili malzemelerin teknik şartnamelerinin hazırlanması sürecinde destek verir.

16.1.5. Planlanan yemek listeleri ve satın alma kurallarına göre günlük iâşe çizelgelerinin hazırlanmasını ve malzemelerin sipariş edilmesini sağlar.

16.1.6. Mutfağın temizlik ve düzenini, mutfak personelinin sağlıklı olmasını, yiyeceklerin hijyen kurallarına uygun, lezzet ve besin değerlerinden kayba uğramadan pişirilmesini sağlar ve dağıtımını kontrol eder.

16.1.7. Hazırlanmamış veya çiğ yiyeceklerin hijyen standartlarına uygun olarak saklanmasını sağlar ve denetler.

16.1.8. Hazırlanan yiyeceklerin hastalara ve personelin tabağına kadar kaliteli bir şekilde getirilmesini sağlar.

16.1.9. Personel ve hasta yemek servisinin düzenli olarak işlenmesini, yemek yenilen yerlerin ve yemek kaplarının modern usullerde temizlenmesini sağlar.

16.1.10. Servis doktorunun verdiği diyetleri, servis sekreterinin hasta odalarına göre belirtmiş olduğu listeye bakarak, hastanın alması gereken diyetleri düzenler.

16.1.11. Gerektiğinde hasta ile konuşarak sağlık tesisi olanakları göz önünde tutulmak suretiyle gıda ve yemek çeşidi planlamasını yapar.

16.1.12. Özel diyet alan hastalar için diyet aşçısına özel yemekler hazırlatır ve yemekleri özeller listesine yazar.

16.1.13. Süt çocukları ile küçük çocuklar için hazırlanan mama ve diyet yemeklerinin hazırlanması, pişirilme ve dağıtılma esaslarını belirler ve uygun şekilde hazırlanmasını sağlar.

16.1.14. Çocuk servisine çıkan diyet yemeklerini kontrol eder. Diyet yemeklerinin cins, miktar, nitelik, görünüş, sıcaklık vb. bakımından hastalara önerilen diyet yemeğine uygun olup olmadığını dağıtımdan önce görür ve düzenli dağıtılması için gerekli önlemleri alır.

16.1.15. Çocuk servisinde yatan hastaları düzenli aralıklarla dolaşarak bunların diyet ve normal yemekleri ile ilgili isteklerini tespit eder.

16.1.16. Yatan hastaların diyetleriyle ilgili düzenlemeler yaparak, hastaya evde uygulayabilmesi için diyeti konusunda eğitim verir.

16.1.17. Ara öğün alması gereken hastalara gündüz 2 (iki), gece 1 (bir) olmak üzere ara öğün listeleri hazırlar.

16.1.18. Poliklinik diyetisyenleri diğer polikliniklerden yönlendirilen hastaların, doktorun belirttiği hastalığa uygun olarak diyetlerini düzenler, yazılı ve sözlü olarak eğitim verir.

16.1.19. Yoğun bakım ve yatan hasta servisinde enteral beslenen hastaların konsültasyonlarına bakar ve hastanın alması gereken enerji ve beslenme solüsyonunu belirler.

17. Numune Alma Hizmetleri

Numune alma birimlerinde numunenin alınmasına hazırlık, alınması ve laboratuvara teslim sürecine kadar sunulan hizmetlerin bütünüdür.

17.1. Numune Alma Hizmetleri Sunum Süreci

17.1.1. Numune alım hizmetlerinin sunumu için gerekli koşullar sağlanmalıdır.

a) Numune alma birimleri, polikliniklere yakın bir yerde, yeterli sayıda ve kolay ulaşılabilir şekilde planlanır. Numunelerin alındığı birimlerde, hastanın engelli durumu, rahatı ve kişisel gizliliğine dikkat edilmelidir.

b) Numune kabul ve red kriterleri tanımlanmalı ve uygulanmalıdır.

c) Numunelerin çalışma zamanı, numune türü, ön hazırlık işlemi gerektiren testlere ait bilgi, numune kabul veya red kriterleri vb. hususları içeren kılavuz veya test rehberi bulunmalıdır.

d) Numunelerin toplanması ve güvenli transferlerine ilişkin talimat bulunmalıdır.

e) Kan alma üniteleri ve laboratuvarlarda uygun tıbbi atık kapları ve poşetleri bulunmalıdır.

f) Temizlik, dezenfeksiyon, sterilizasyon talimatları bulunmalı ve uygulanmalıdır.

g) Numune alma bölümlerinde bulunan tuvaletlerin düzenlemeleri engelli vatandaşlara uygun olarak yapılmalıdır.

h) Numune alma hizmet sunumu prosedürleri oluşturulurken, hasta mahremiyetine maksimum önem verilmeli, uygun ve temiz fiziki ortamlarda ve tıbbi gereklilikler doğrultusunda hastanın rahatı ön planda tutulmalıdır.

17.1.2. Acil servis hastalarının, yatan hastaların ve yoğun bakım hastalarının numuneleri hekim tarafından istenen tahlillerin otomasyon programına girilmesini takiben, buldukları bölümlerde alınır ve barkodlanır. Bu hastaların numuneleri, hasta yönlendirme ve refakat elemanı tarafından laboratuvar giriş bankosuna getirilir. Polikliniklerde hekim tarafından otomasyon programı üzerinden istenilen biyokimyasal ve mikrobiyolojik tahlillerin yapılabilmesi için hasta numune alma bankosuna yönlendirilir. Eğer hasta mobilize olabiliyor

ise bu kendisi yakınıyla birlikte, eğer mobilize olmasında bir sıkıntı mevcut ise hasta refakat ve yönlendirme elemanı tarafından tekerlekli sandalye ile bu bölüme ulaştırılır.

17.1.3. Numune alma bankosuna gelen hastanın tetkiklerinin istem onayı yapılır. Yapılacak tetkiklere uygun numune alma kabı veya tüplerine barkodlar yapıştırılır. Hastadan istenen tetkiklere göre alınacak numuneler için gerekli bölümlere yönlendirmeler yapılır.

17.1.4. Kan alma birimine yönlendirilen hastaların önce resimli kimlik belgelerinden kimlik doğrulaması yapılır. Hasta barkodlu tüpleri kan alma biriminde görevli sağlık personeline verir. Sağlık personeli, hastadan sağlık tesisi tarafından belirlenen kan alma prosedürüne uygun olarak numuneyi alır. Prosedür sırasında hata tespit edildiğinde ilgili form doldurulur.

17.1.5. İdrar ve gaita numunesi vermesi gereken hastalar ise resimli kimlik belgelerinden kimlik doğrulaması yapıldıktan sonra bu amaçla hazırlanan en yakın tuvalete yönlendirilir. Ancak bu tuvaletler genel kullanımdan ayrı olarak düzenlenmelidir. Hasta numune alma kabını numune alma birimine götürür. Numune, sağlık personeli tarafından yeterliliği konusunda kurumun laboratuvarlar için hazırlamış olduğu test rehberine göre değerlendirilir, uygun ise teslim alınır. Aksi halde süreç baştan tekrarlanır.

17.1.6. Numunenin alınma tarihi ve saatinin yanı sıra, alan görevlinin kimliği de kayıtlarda bulunmalıdır.

17.1.7. Numunelerini veren hastalara, tetkik sonuçlarının ne zaman ve nereden alınabileceği konusunda bilgi verilir.

17.1.8. Hastalardan alınan numuneler laboratuvar giriş bölümüne getirilerek laboratuvara aktarılır ve bu aktarma zamanı elektronik ortama kaydedilir.

17.1.3. Eğer alınan numuneyi çalışacak kurum sağlık tesisinin dışında ise, gerçekleştirilecek transferin koşullarının sağlık tesisi tarafından belirlenmesi gerekir.

17.1.9. Numune alma alanları, temiz ve düzenli olarak hastaya hizmet verecek şekilde planlanmalıdır. Hasta geçişlerini zorlaştıracak malzeme ve kalabalığın önlenmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır. Kapsamlı temizlik hizmetleri, numune alma işlemleri başlamadan önce tamamlanmış olmalı, gün içinde kullanıma bağlı temizlik ihtiyaçları sağlık hizmetini engellemeyecek şekilde ivedilikle giderilmelidir.

17.1.10. Numune alma alanlarında, teknik donanım, elektrik ve sıhhi tesisatlarda meydana gelebilecek aksaklıklar gibi hizmeti olumsuz etkileyecek durumlarda, bölüm sorumlusu, teknik işler bölümüne gerekli bilgiyi verir.

17.1.11. Numune alma alanlarının hasta ve personel açısından uygun iklimlendirme şartlarını taşımaları gerekir. Doğal ışık imkânları sağlama önceliği dikkate alınarak yeterli aydınlatma yapılmalıdır.

17.1.12. Bu alanların hasta ve personele yönelik yeterli güvenlik tedbirleri alınmalıdır. Güvenlik kod uygulaması bu alanlarda esastır. Güvenlik önlemleri kapsamında kamera sistemleri kurulurken hasta mahremiyetini özen gösterilmelidir.

17.1.13. Numune alma alanlarında kullanılacak malzemelerin istemleri ilgili ünite de görev yapan personeller tarafından ünitenin sorumlusuna bildirilir. Sorumlu talebin niteliğine ve sağlık tesisinin ihtiyaç yönetimi politikasına uygun olarak, ilgili birime gerekli bilgiyi verir ve teminini ister. İlgili birim tarafından, aciliyet sırası da dikkate alınarak, mevcut stoklardan veya tedarik yoluyla elde edilerek, numune alma birim sorumlusuna teslim edilir.

18. Sağlık Raporu Hizmetleri

18.1. Sağlık kurulları tek hekimin yetkisi dışında kalan veya mevzuatta sağlık kurulu raporu öngörüldüğü hallerde, kişilerin sağlık durumları hakkında karar vermeye yetkili organlardır.

18.2. Tedavi, hastalık bildirir, istirahat, ortez-protez için gerekli sağlık kurulu raporları; var ise ilgili daldan üç uzman hekimin katılımı ile aynı dalda üç uzman bulunmaması halinde ise ilgili dal uzmanı ile başhekimin seçeceği diğer dallardan uzman hekimlerin katılımı ile üç uzmandan oluşturulacak sağlık kurulunca verilir.

18.3. İlaç kullanımı ve katkı payı muafiyeti için gerekli sağlık raporları, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne belirlenen esas ve usullere göre verilir.

18.4. Durum bildirir sağlık raporları için; sağlık tesisinde en az üç ayrı dal uzmanının bulunması, varsa bu kurula iç hastalıkları, genel cerrahi, göz, kulak burun boğaz, nöroloji veya ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanının dahil edilmesi, ayrıca raporun kullanılacağı iş veya yerin özelliğinin gerektirdiği dal uzmanının veya uzmanlarının bulunması zorunludur. Bu uzmanlık dallarından herhangi birinin bulunmadığı hallerde bunun yerine veya çok çeşitli dal uzmanlarının bulunduğu sağlık tesislerinde bunlara ilaveten kurula iştirak edecek diğer uzmanları başhekim tespit eder.

18.5. Bünyesinde iç hastalıkları, genel cerrahi, göz, kulak burun boğaz, nöroloji veya ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanları bulunan ve bu uzmanların katılımıyla sağlık kurulu/kurulları teşekkül edebilen sağlık tesisleri tam teşekküllü sayılır.

18.6. Eğitim statüsüne sahip sağlık tesislerinde sağlık kurullarına eğitim görevlileri katılır.

18.7. Özel Dal statüsüne sahip sağlık tesislerinin sağlık kurulu, ana daldan en az üç uzmanın/eğitim görevlisinin iştiraki ile oluşur. Ana dalda üç uzman bulunmadığı hallerde kurul, başhekimin seçeceği diğer uzmanlarla tamamlanabilir.

18.8. Kurul başkanı başhekimdir. Başhekimin bulunmadığı zamanlarda başkanlığı başhekimin görevlendireceği bir üye yapar. Sağlık kurulu kararları salt çoğunlukla alınır. Eşitlik halinde kurul başkanının katıldığı görüş kararlaştırılmış sayılır.

18.9. Aynı uzmanlık alanında birden fazla uzman bulunan sağlık tesislerinde mevcut uzmanlar birer ay nöbetleşe kurula katılırlar.

18.10. Raporun aslı ilgili daireye veya raporu isteyen birime sağlık tesisi idaresi tarafından en kısa zamanda gönderilir. İstendiği takdirde, üzerine aslının posta ile gönderildiği açıklanmak



suretiyle tasdikli bir suret rapor sahibine verilebilir.

18.11. Bir sağlık kurulu kararına itiraz edildiği takdirde; dilekçe ilk raporun tasdikli bir örneği ile birlikte en yakın başka bir sağlık kuruluna gönderilir. Birinci ve ikinci rapor kararları aynı olursa karar kesinleşir. Çelişki halinde hasta Kurumun hakem olarak belirleyeceği bir sağlık tesisine gönderilir. Bu sağlık tesisinin sağlık kurulunca verilen karar kesindir.

18.12. Sağlık tesislerinde, tek hekimin yetkisinde olan raporlar hekim tarafından düzenlenir ve kaydedilir. Bu amaçla başvuruda bulunan kişi veya yakınları başka bölümlere yönlendirilemez.

18.13. Özel yetkili sağlık kurulları ve hizmet sunacağı sağlık tesislerinin listesi Kurumca yayımlanır.