
 ÖZEL ORDU Sevgi HASTANESİ	HASTA GÜVENLİĞİ KOMİTESİ ÇALIŞMA PROSEDÜRÜ			
DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
KKY.PR.04	01.01.2019	0	-	Sayfa 1 / 8

1. AMAÇ: Sağlık hizmetlerimizin sunumu sırasında hastalarımıza zarar verilmesini önlemek amacıyla hastanemiz ve çalışanlarımız tarafından alınması gereken önlemlerin belirlenmesidir.

2. KAPSAM: Tüm Hastane birimleri

3.KISALTMALAR

3. SORUMLULAR: Başhekim, hasta güvenliği komitesi, teknik servis, tüm hekimler, mesul müdür müdürü, başhemşire, servis sorumlu hemşireleri, sağlık çalışanları. laboratuvar ve röntgen çalışanları sorumluları.

4. TANIMLAR

4.1 Hasta Güvenliği: Sağlık bakım hizmetlerinin hastalara vereceği zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlardaki çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamıdır.

5. SORUMLULAR: Başhekim, hasta güvenliği komitesi, teknik servis, tüm hekimler, mesul müdür müdürü, başhemşire, servis sorumlu hemşireleri, sağlık çalışanları. laboratuvar ve röntgen çalışanları sorumluları.

6. FAALİYET AKIŞI

5.1 Hasta Güvenliği Komitesi



Hastane yönetimince oluşturulan komite, hastanenin büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak hastanede yürütülen çalışmaların etkililiğini, sürekliliğini ve sistematikliğini sağlayacak şekilde tanımlanmalıdır. Komitede hastane yönetiminden en az bir kişi bulunmalıdır

5.2 Değerlendirilecek Hususlar

- Hasta güvenliği konusunda ekip tarafından bir plan/program hazırlanmalıdır.
- Komite, düzenli aralıklarla, yılda en az dört kez ve gerektiğinde toplanmalıdır.
- Komite hastanede hasta güvenliği ile ilgili mevcut durumu tespit etmeli, hasta için olası riskleri belirlemeli, düzeltici önleyici faaliyet planları yapmalı ve bu planları hastane idaresi ile birlikte gerçekleştirmelidir.
- Personelle konu ile ilgili hizmet içi eğitim düzenlemeli ve bu eğitimler kayıt altına alınmalıdır.

5.1.1 Hasta Güvenliği Komitesinin Görev alanları;

- Komitenin görev alanı aşağıdaki konuları içermelidir:
- Hastaların doğru kimliklendirilmesi
- Çalışanlar arasında etkili iletişim ortamının sağlanması
- İlaç güvenliğinin sağlanması
- Transfüzyon güvenliğinin sağlanması

	HASTA GÜVENLİĞİ KOMİTESİ ÇALIŞMA PROSEDÜRÜ			
DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
KKY.PR.04	01.01.2019	0	-	Sayfa 2 / 8

- Radyasyon güvenliğinin sağlanması
- Düşmelerden kaynaklanan risklerin azaltılması
- Güvenli cerrahi uygulamalarının sağlanması
- Tıbbi cihaz güvenliğinin sağlanması
- Hasta mahremiyetinin sağlanması
- Hastaların güvenli transferi
- Hasta bilgileri ve kayıtlarının sağlık çalışanları arasında güvenli bir şekilde devredilmesi
- Bilgi güvenliğinin sağlanması o Enfeksiyonların önlenmesi
- Laboratuvarda hasta güvenliğinin sağlanması

5.3 Enfeksiyonların Kontrolü ve Önlenmesi

Hastalarımızın hastanede buldukları sürece maruz kalabilecekleri enfeksiyon riskine karşılık alınacak önlemler "Enfeksiyon Kontrol Komitesi" tarafından belirlenir. Enfeksiyon riskine karşı alınacak önlemler Hastanemiz Hastane Enfeksiyon Kontrol programında ayrıntılarıyla belirtilmiştir.

El hijyeni hem hasta hem de çalışan güvenliği açısından çok önemli olup, "El Hijyeni Talimatı" nda enfeksiyonların ve çapraz bulaşmaların önlenmesi amacıyla sağlık personelinin uygun el temizliği ve eldiven kullanma yöntemleri belirlenmiştir. Hastane enfeksiyonlarının rutin sürveyansı enfeksiyon kontrol hemşiresi tarafından yapılarak UHESA ya kaydedilir, surveyans sonuçlarına göre bölüm bazında DÖF başlatılır. Üç ayda bir bölüm bazında hastane enfeksiyon hızları, etkenleri, direnç paternlerini içeren sürveyans raporu hazırlanarak üst yönetim ve ilgili bölümlerle paylaşılır.

5.4 Yeni Doğan ve Çocuk Güvenliğinin Sağlanması (PEMBE KOD)

Yeni doğan ve çocuk güvenliğinin sağlanması için yapılacak işlemler şunlardır:

5.4.1 Yeni doğan/bebek/çocuk kaçırlması ve ya kaybolması durumlarına karşı önlem almak ve bebek güvenliğini sağlamak amacıyla "PEMBE KOD" uygulaması gerçekleştirilir. (Pembe Kod uygulama prosedürü)



5.4.2 Pembe kod uygulamasını gerçekleştirmek için;

- 5.4.2.1** İdari ve hemşirelik hizmetleri yöneticilerinden birer temsilci
- 5.4.2.2** Birim sorumlu hemşiresi
- 5.4.2.3** Nöbetçi hemşire
- 5.4.2.4** Güvenlik Amiri
- 5.4.2.5** Güvenlik ekibi
- 5.4.2.6** Teknik servis Elemanından oluşan Sorumlu ekip oluşturulur.

5.4.3 Ekip üyelerinin görev tanımları kurum yönetiminde yapılır. Çalışanlara pembe kod uygulamasıyla ilgili yılda iki kez tatbikat ve eğitim verilir, kayıt altına alınır.

5.5 Tıbbi Cihaz Güvenliği

Hastanemizde Tesis Güvenliği komitesi altında tıbbi cihaz yönetiminden sorumlu ekip

 ÖZEL ORDU Sevgi HASTANESİ	HASTA GÜVENLİĞİ KOMİTESİ ÇALIŞMA PROSEDÜRÜ			
DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
KKY.PR.04	01.01.2019	0	-	Sayfa 3 / 8

oluşturulmuştur. Tıbbi cihazların bölüm bazında envanteri bulunur. Tıbbi cihazların bakım, onarım, ölçme, ayar ve kalibrasyonlarına yönelik plan oluşturularak plan dahilinde uygulama yapılır. Kalibrasyonu yapılan cihazların kalibrasyon etiketi bulunur. Etiketle;

- 5.5.1 Kalibrasyonu yapan firmanın adı
- 5.5.2 Kalibrasyon tarihi
- 5.5.3 Geçerlilik süresi
- 5.5.4 Sertifika numarası bulunur.

5.6 Atık Yönetimi

Hastanemizde atıkların; Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliğine uygun olarak toplanması, taşınması, geçici olarak depolanması ve ilgili birimlere teslimi sağlanmaktadır. Konu ile ilgili usul, esas ve sorumluklar “ Atık Yönetimi Planı nde belirlenmiştir. Plan ;

- 5.6.1 Üretilen atık çeşitlerini,
- 5.6.2 Atıkların kaynağında ayrıştırılmasını,
- 5.6.3 Üretilen atık miktarının azaltılmasını,
- 5.6.4 Atıkların usulüne uygun olarak toplanmasını ve taşınmasını,
- 5.6.5 Atıkları taşımada kullanılacak ekipmanı
- 5.6.6 Toplama ekipmanının temizliği ve dezenfeksiyonunu,
- 5.6.7 Geçici toplama alanlarının kullanımı ve atıkların depolanmasıyla ilgili kuralları,
- 5.6.8 Geçici depolama alanlarının temizliği ve dezenfeksiyon kuralları,
- 5.6.9 Lisanslı atık taşıyıcılarına teslim edilmesini,
- 5.6.10 Atıkların toplanması ve taşınması sırasında oluşabilecek kazalara karşı alınacak önlemleri ve kaza durumunda yapılacak işlemleri,
- 5.6.11 Atık yönetimi sürecinde yer alan sorumluları kapsar.



5.7 İlaç Güvenliğinin Sağlanması

Yatışına karar verilen hastanın varsa kullandığı ilaçlar **hastanın beraberinde getirdiği ilaçların Teslim Formu** ile kayıt altına alınarak, miyat kontrolleri yapılır, hemşire tarafından imza karşılığı teslim alınır, ilgili tabibe bildirilir. İlgili hekim hastanın tedavisindeki ilaçlarla, sürekli kullandığı ilaçları kontrol ederek hasta tabelasına yazar. Hastanın kullandığı ilaçların tümü, ilgili hemşire tarafından verilir. Tedavi planı, ilaç dozu, zamanı ve uygulama şeklini içerecek şekilde okunaklı olarak her bir hasta tabelasına hastanın kendi tabibi tarafından yazılır, kaşelenerek imzalanır. Hastanın yatış öncesi aldığı, bakım sürecinde ve taburcu olduktan sonra kullanacağı ilaçlar **Hasta Taburcu ve Eğitim Formu’** na kaydedilir, aslı hastaya verilir, bir örneği hasta dosyasında bırakılır. Hastaya verilen ilaçlar kapalı kaplarda ve kişiye özel olarak hazırlanır. Kaplarda hastanın kimlik tanımlayıcı bilgileri bulunur. Hemşire hekimin tedavi planını hemşire gözlem formuna kaydeder. İlaçlar hastaya hemşire tarafından uygulanır. Stajyerlerin ilaç uygulamaları da hemşire gözetiminde olmalıdır. İlgili hekim hasta tabelasına ilaç isimlerini kısaltarak yazmamalıdır. **İlaç Uygulamalarında Kullanılmaması Gereken Kısaltmalar Listesi** belirlenmiştir ve buna göre uygulama yapılır.

Yazılışı okunuşu- ambalajı benzer ilaçlar, yüksek riskli ilaçlar, pediyatrik dozda kullanılacak ilaçlar, ilaç yan etki bildirimine ait uygulamalar **İlaç güvenliği prosedürü** gereğince yapılır.

5.8 Laboratuarda Hasta Güvenliği

Laboratuvarlar hasta güvenliğini doğrudan etkileyen öneme sahiptir. Laboratuvar sürecini preanalitik, analitik ve postanalitik olmak üzere üç evreye ayırırsak, yapılan çalışmalarda hasta güvenliğini etkileyen laboratuvar hatalarının en çok preanalitik dönemde (%70) yapıldığı görülmektedir. Bu bilgi ışığında hastanemiz laboratuvar süreçlerine göre aşağıdaki önlemleri alarak laboratuvar hatalarını en aza indirmeyi hedeflemektedir.

 ÖZEL ORDU Sevgi HASTANESİ	HASTA GÜVENLİĞİ KOMİTESİ ÇALIŞMA PROSEDÜRÜ			
DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
KKY.PR.04	01.01.2019	0	-	Sayfa 4 / 8

5.8.1 Preanalitik Evre

Laboratuvarlarımızda numunelerin doğru alınması ve doğru şekilde transferini sağlamak üzere "**Laboratuvar örnek kabul red kriterlerine göre** hazırlanarak numunelerin uygun şekilde alınması ve transferinde dikkat edilecek hususlar belirlenmiştir.

5.8.2 Analitik Evre

Laboratuvarlarda kullanılan cihazların bakım, onarım, ölçme, kalibrasyonları belli bir plan dahilinde laboratuvar sorumlu hekimlerimizce yapılmakta veya yaptırılmaktadır. Yine laboratuvarlarımızda çalışılan testlerin internal ve external kalite kontrolleri laboratuvar hekimlerimizin sorumluluğunda yapılmakta ve kayıtları muhafaza edilmektedir.

5.8.3 Postanalitik Evre

Laboratuvarlarda çalışılan parametrelerin Laboratuvar **Panik Değer Listesi** hazırlanarak, bu testlere ait düşük veya yüksek değerlerde klinisyene derhal haber verilmesi sağlanmıştır. Kritik test değerleri ile ilgili işlemlerde; **Panik Değer Bildirim Formu** oluşturulmuştur. Acil olarak bildirilmesi gereken kritik test değerleri, ilgili laboratuvar bölümlerinin uzmanı veya sorumluları tarafından, hastanın adı ve soyadı, protokol numarası ve kritik değerdeki testin sonucu ile birlikte, çift nüsha halinde hazırlanan forma yazılır ve zaman geçirilmeden hastanın tabibine ve hemşiresine bildirilir. Telefon ile bildirilen testler geri okuma yöntemi kullanılarak kesinleştirilir. Laboratuvar çalışanlarına panik değer ve bildirim ile ilgili eğitim verilir. Mikrobiyoloji laboratuvarında antibiyotik duyarlılık test sonuçları kısıtlı bildirimine yönelik uygulama Antibiyotik Kısıtlama Talimatı doğrultusunda yapılır.

5.9 Hastaların Doğru Kimliklendirilmesi

Hastanemizde tetkik, tedavi, cerrahi girişimler ile girişimsel işlemler öncesinde ve ilaç, kan ve kan ürünü uygulamalarından önce, klinik testler için numune alımında ve hasta transferinde kimlik doğrulama işlemi gerçekleştirilir. Hasta kimlik tanımlama ve doğrulama işleminde hasta kol bandı kullanılır, oda ve yatak numarası kullanılmaz.

Hasta kimlik tanımlama işleminde kullanılan barkotlu kol bandında;

- Protokol numarası
- Hasta adı- soyadı,
- Doğum tarihi (gün-ay-yıl) bulunur.

Hasta yatışlarında beş ayrı renkte kimlik tanımlama bilekliği kullanılır Renkli bileklik uygulamasında; **Hasta Kimliğinin Doğrulaması Prosedürü** doğrultusunda uygulama yapılır.



5.10 Güvenli Cerrahi Uygulamalarının Sağlanması

Güvenli cerrahi uygulamaları için alınması gereken tedbirler şunlardır:

Cerrahi İşlem Güvenliği İçin

"**Anestezi Öncesi hazırlık ve Ameliyat Sonrası Takip Formu**" ilgili hemşire tarafından doldurulur.

- Ameliyathanedeki tüm cihaz ve ısı kaynaklarının periyodik bakım ve kalibrasyonlarının yapılması sağlanır ve ameliyat öncesi son teknik kontrolleri yapılır.
- Hatalı gaz ve gaz karışımı verilmesini önlemek amacıyla, ameliyat öncesi gerekli

 ÖZEL ORDU Sevgi HASTANESİ	HASTA GÜVENLİĞİ KOMİTESİ ÇALIŞMA PROSEDÜRÜ			
DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
KKY.PR.04	01.01.2019	0	-	Sayfa 5 / 8

kontroller yapılır.

- Cerrahi işleme başlamadan önce tüm ekipmanların mevcut ve fonksiyonel olduğu kontrol edilir.
- Yapılacak uygulamanın eksiksiz ve doğru olmasını sağlamak için **Anestezi Masası Kontrol Formu** kullanılır. **Cerrahi Güvenlik kontrol listesi**; kontrol listesi sorumlusu tarafından anestezi verilmeden önce, ameliyat kesisinden önce ve ameliyathaneden çıkmadan önce uygulanır. Cerrahi güvenlik kontrol Listesi hasta dosyasında saklanır.

YanlıŞ Hasta ve YanlıŞ Taraf Cerrahi Uygulamalarının Önlenmesinde

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

Cerrahi İşlemlerde Taraf İşaretleme Sürecinde Uygulanacak Kurallar



- Taraf işaretleme için cerrahi taraf işaretleme kalemi kullanılır.
- Yapışkan taraf işaretleme kalem kullanılmaz.
- İşaret ameliyat bölgesine veya yakınına belirgin ve silik olmayacak şekilde konulur. Diğer bakım süreçleri için gerekmedikçe ameliyat edilmeyecek bölgeler işaretlenmez.
- Taraf işaretleme mutlaka hastanın uyanık ve bilinçli olduğu zaman diliminde yapılır.
- Çoklu yatay yapılar (el ve ayak parmakları ve lezyonlar) veya çoklu düzeylerde (lomber ve torakal ve servikal omurlar) en uygun ve en yakın bölge işaretlenir.
- Göz tarafı işaretleme için kaşın üzeri kullanılır.
- Tek organ vakaları (sezaryen bölgesi, kalp cerrahisi gibi), müdahaleler sırasında, kateter ve enstrümanların takılmasında, cerrahi prosedürün tasarlandığı açık yara ve lezyonlarda, acil müdahalelerde, prematüre bebeklerle ilgili müdahalelerde işaretleme yapılmaz.

Elektro Cerrahi, Lazer ve Diğer Elektrikli Cihazlarla Yapılan İşlemlerde Cerrahi Yanıkların Oluşmasını Önlemek İçin Cihazların Kullanımında Dikkat Edilecek Hususlar

- Cihazın kalibrasyon periyodu belirlenir ve sadece kalibrasyonlu cihazlar kullanılır.
- Özellikle koter cihazları için ekonomik kullanma ömrü belirlenir ve bu süre sonunda demirbaş kaydından düşürülür.
- Üretici firmanın belirtmiş olduğu bakım aralıklarında bakım yapılır (altı aylık veya yıllık).

Cerrahi İşlem Sürecinde Dikkat Edilecek Hususlar

- Cihazların teknik kontrolünde kabloların yeterli uzunlukta olduğu ve bağlantıların doğru kullanılıp kullanılmadığı kontrol edilir.

 ÖZEL ORDU Sevgi HASTANESİ	HASTA GÜVENLİĞİ KOMİTESİ ÇALIŞMA PROSEDÜRÜ			
DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
KKY.PR.04	01.01.2019	0	-	Sayfa 6 / 8

- Hastanın ekstremiteleri metal masa kısmıyla temas etmemelidir.
- Hastanın altında sıvı birikmesi önlenir.
- İşlem yapılacak bölgenin nem oranı % 50 seviyesinde tutulur.

5.11 Hastaların Bilgilendirilmesi ve Onayının Alınması

- Hastanemizde hastalarımıza uygulanacak tüm riskli girişimsel işlemler öncesinde bilgilendirme ve rızanın alınmasının nasıl ve kim tarafından yapılacağı ilgili yazılı düzenlemede belirtilmiştir.
- Bilgilendirme ve rıza alınmasıyla ilgili süreçte;
 - İşlemin kim tarafından yapılacağı,
 - İşlemden beklenen faydalar
 - İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar,
 - Varsa işlemin alternatifleri,
 - İşlemin riskleri ve komplikasyonları,
 - İşlemin tahmini süresi,
 - Hastanın adı, soyadı ve imzası,
 - İşlemi uygulayacak hekimin adı, soyadı, unvanı ve imzası,
 - Rızanın alındığı tarih ve saat bulunmalıdır.

5.12 Düşmelere Bağlı Risklerin Azaltılması

Hastane içerisinde düşme riski bulunan hastalar, Hemşirelik Süreci Hasta Tanımlama Formu doldurulması esnasında belirlenir. 0-16 yaş grubundaki hastalar için “**Çocuk Hasta Düşme Riski Değerlendirme Formu**” ve yetişkin hastalar için “**Hasta Düşme Riski Değerlendirme Formu**” düzenlenerek düşme riski yönünden değerlendirilir. Hasta düşme riski değerlendirmesi sonucunda yetişkin hastalarda 5 ve 5 ‘in üstü ayrıca 0-16 yaş grubu için değerlendirme puanı 15 ve üstünde olan hastalar yüksek riskli kabul edilmeli yeşil yapraklı yonca figürüyle tanımlanmalı ve bu tanımlayıcı hasta odasının giriş kapısında bulunmalıdır.

Alınan tüm tedbirlere rağmen hasta düşerse **Hasta Düşme Bildirim Formu** doldurularak, en kısa zamanda kalite yönetim birimine bildirim yapılır, olay ile ilgili gerekli düzeltici önleyici çalışmalar başlatılır. Düşen hasta ilgili sorumlu hekimi, nöbetçi uzman hekim veya klinik durumunun gerektirdiği uzman hekim tarafından değerlendirilir.



5.13 Etkin İletişimin Sağlanması

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

- Sözlü talimatlar, steril girişimler sırasında, tabibin hastanede ya da serviste olmadığı durumlar ile acil olarak ilaç verilmesi gerekli olan durumlarda verilir.
- Sözlü/telefon talimatının alınması sırasında ilacın ismi, dozu, uygulama şekli ve verilme sıklığı açık olarak belirtilir.
- Sözlü/telefon talimatı alınırken önce talimat yazılır, yazılan talimat daha sonra geri okunur ve doğruluğu talimatı veren kişiye onaylatılır, lüzumu halinde verilen ilaç adının kodlama yöntemi ile tekrar edilmesi istenir.

Sözlü/Telefon Talimatlarının Kaydında

- Talimatı veren tabibin adı ve soyadı, talimatın alındığı tarih ve saat S Talimatları

 ÖZEL Sevgi HASTANESİ	HASTA GÜVENLİĞİ KOMİTESİ ÇALIŞMA PROSEDÜRÜ			
DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
KKY.PR.04	01.01.2019	0	-	Sayfa 7 / 8

Formuna kaydedilir.

- Talimatların altına “sözlü talimat” veya “telefon talimatı” olduğu yazılır.
- Sözlü ve Telefonla Tabip Talimatları Formu, sözlü talimatı veren tabip tarafından 24 saat içinde imzalanır ve hasta tabelasına geçirilir.
- Talimatı veren tabibe 24 saat içinde ulaşamadığı takdirde Sözlü ve Telefonla Tabip Talimatları Formu, hastayı devralan servis tabibi tarafından onaylanır ve hasta tabelasına geçirilir.
- Telefon talimatları, sağlık kurum veya kuruluşunun santralinde kayıt altına alınır.

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

5.14 Güvenli Transfüzyon

Güvenli transfüzyon için yapılması gereken işlemler şunlardır:

- Transfüzyon öncesi, kan bankasından gelen kan ve kan ürününün türü ve miktarı, cross-match kayıtları ve kimlik bilgileri iki sağlık personeli tarafından kontrol edilir ve ürünün planlanan verilme süresi doğrulanır. Kan “**Transfüzyonu Bilgilendirilmiş Onam Formu**” hasta veya hasta yakınına mutlaka okutulup imzalatılır.
- Transfüzyon sürecinde; ilk 10 dakikası sağlık çalışanı tarafından gözlenir, her 15 dakikada bir hastanın vital bulguları izlenip **Kan ve Kan Transfüzyonu İzlem Formu** doldurulup imzalanır.

5.15 Bilgi Güvenliği



Hastanemizde, hizmetin sunumu için gerekli olan ve hastalarımıza ait özel ve hastalıklarıyla ilgili bilgiler gizlidir. Bu bilgiler otomasyon sisteminde ve hasta dosyalarında muhafaza edilir. Bu bilgi ve belgeler; hastalarımızın yazılı izni olmadan (yasal şartlar hariç) hiç kimse veya kuruluşa verilemez, temin edilen bilgiler açıklanamaz.

5.16 Temel Yaşam Desteği Sürecinin Güvenliği (MAVİ KOD)

- Temel yaşam fonksiyonları risk altında olan veya durmuş bulunan bireylere gerekli müdahalenin yapılabilmesi için mavi kod uygulaması gerçekleştirilir.
- Mavi kod yönetimine yönelik düzenlemede;
- Uyarı sistemi oluşturulur,
- Sorumlular belirlenir
- Tıbbi, idari ve hemşirelik hizmetlerinden birer temsilci bulunur,
- Mavi kod ile ilgili tatbikat ve eğitimlerin organizasyonu yapılır,
- Gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyet başlatılır,
- Her vardiya için ekipler belirlenir,
- Uygulamalarda kullanılmak üzere acil müdahale seti bulunur,
- Acil müdahale setinin miiat ve kritik stok seviyeleri takip edilir.

Mavi kod uygulamalarını yapmak üzere

- Her ekipte; en az bir hekim, bir sağlık çalışanı bulunur,
- Hekim ve sağlık çalışanı CPR eğitimi almış olmalıdır.
- Mavi kod ekibi en geç 3 dakika içinde olay yerine ulaşmalıdır.
- Yapılan müdahale ile ilgili kayıtlar tutulur.

 ÖZEL ORDU Sevgi HASTANESİ	HASTA GÜVENLİĞİ KOMİTESİ ÇALIŞMA PROSEDÜRÜ			
DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
KKY.PR.04	01.01.2019	0	-	Sayfa 8 / 8

- Müdahale edilen kişiye ait bilgiler
- Yapılan uygulama,
- Müdahalenin yeri,
- Çağrının yapıldığı zaman,
- Ekibin olay yerine ulaşma zamanı,
- Müdahalenin sonucu,
- Müdahale ekibinde yer alanların bilgilerini kapsamalı,
- Kayıtlar kalite yönetim birimine gönderilir
- Mavi kod uygulamasına yönelik her yıl tatbikat yapılır.
- Tatbikatta ne kadar süre içinde olay yerine ulaşıldığına dair kayıt tutulur.
- Çalışanlara mavi kod ile ilgili eğitim verilir.

5.17 Radyasyon Güvenliği

Hasta, yakınları, hastane çalışanlarının radyasyondan korunmasına yönelik alınacak tedbirler, Hasta ve Hastane Çalışanları İçin **Radyoloji İşleyiş Prosedürü** gereği önlem alınacaktır. Ayrıca hastanemizde radyasyon güvenliğinden sorumlu Radyasyon Güvenliği komitesi bulunmaktadır.

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