

DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
RG.PR.01	01.01.2019	0	-	Sayfa 1 / 3

1. AMAÇ: Radyoloji Bölümünün genel işleyişinin tanımlanmasını sağlamak.

2. KAPSAM: Radyoloji Bölümünü kapsar.

3. KISALTMALAR

4. TANIMLAR

4.1 MR: Manyetik Rezonan büyük mıknatıslarla oluşturulan güçlü manyetik alan içinde radyo dalgaları kullanılarak belirli anatomik yapıları, diğer yapılardan net olarak ayırt etmek, sağlıklı ve hastalıklı dokular arasındaki farklılıkları saptamak ve tanımlamak için kullanılan bir tıbbi tekniktir.

4.2 Tomografi: Röntgende ışınlarını, vücudun herhangi bir düzleminde odaklayarak, o dokuları net olarak görüntülemeyi sağlayan radyoloji tekniği.

5. SORUMLULAR: Radyoloji Uzmanları, birim çalışanları

6. FAALİYET AKIŞI

Hasta Radyoloji Bölümüne geldiğinde sekreter tarafından aşağıdaki işlemler sırasıyla yapılır.

6.1 Kayıt Süreci

6.1.1 Hastadan barkod alınarak kayıt işlemleri yapılır.

6.1.2 Hastanın otomasyon sistemi üzerinden röntgen kaydının olup olmadığı kontrol edilir.

6.1.3 Sistemde kaydı yoksa geldiği polikliniğe kayıt için geri yönlendirilir.

6.1.4 Hastanın kaydı varsa onay atılır.

6.1.5 Hastaya sıra numarası verilir.

6.2 Çekim Süreci

6.2.1 Hasta verilen barkod ile üniteye başvurur.

6.2.2 Hasta çekim odasına alınır.

6.2.3 Hasta/hasta yakınına, teknisyen tarafından istenilen tetkikle ilgili bilgi verilir.

6.2.4 Hasta mahremiyeti dikkate alınarak, hastaya soyunma kabininde hazırlanması söylenir.

6.2.5 Hasta/hasta yakını için ihtiyaç duyulursa koruyucu ekipman (kurşun önlük, troid koruyucu, gonad koruyucu) kullanılır.

6.2.6 Çekimde uygun hasta pozisyonu radyoloji teknisyeni tarafından verilir. Bu süreçte teknisyen sekonder radyasyondan korunmak için koruyucu ekipmanlar kullanır.

6.2.7 Çekim bittikten sonra çekim yapan teknisyen hastaya filmi ne zaman alacağını söyler.

6.2.8 Bir sonraki hasta bilgisayardan çağırılır.

6.2.9 Enfekte hastaların film kağıdına enfekte hasta olduğunu belli eden ikaz işareti konularak hasta röntgene gönderir. Röntgen çalışanları (Enfeksiyonlardan Koruma ve Önleme Prosedürüne) uygun bir şekilde hastaya çekim yapar.



6.2.10 Servis hastaların filmlerini personele imza karşılığında teslim edilir.

6.2.11 Poliklinik hastalarının filmleri her yarım saatte bir okunur.

6.3 Randevu Süreci

6.3.1 Ultrason randevusu, randevu kağıdı ile en geç 3 gün sonraya verilir. Hasta/hasta yakınına ön hazırlık gerekiyorsa hasta bilgilendirilir. Çekimden sonra raporu hemen teslim edilir.

6.3.2 Ultrason eşliğinde biyopsi randevusu hastaya onam belgesi ile birlikte en geç 3 gün sonraya verilir. Biyopsi öncesi hastaya onay belgesi imzalatılır. Biyopsi işlemi yapılır. Alınan

 ÖZEL Sevgi HASTANESİ	RADYOLOJİ ÜNİTESİ İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ			
DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
RG.PR.01	01.01.2019	0	-	Sayfa 2 / 3

biyopsi parçasının Patoloji laboratuvarına teslim edilir.

6.3.3 MR ,dışarıdan hizmet satın alımı yapıldığı için bu hastalar sevk biriminden hizmetin satın alındığı kuruma direk sevki yapılır.

6.3.4 Randevu ve sonuç verme süreleri bilgilendirme formu ilgili birimlerde asılı olup sözel olarakta bilgilendirme yapılmaktadır. Randevu ve sonuç verme süreleri ile ilgili gecikmeler varsa aylık istatistiksel analizler yapılır. Sonuca göre düzeltici ve önleyici faaliyetler başlatılır.

6.4 Çalışan ve Cihaz Güvenliği

Radyoloji bölümünde çalışan personelin kurşun yelek giymesine önem verilmekte olup, personelin dozimetreleri 6 periyod (iki ayda) halinde Türkiye Atom Enerji Kurumu tarafından kontrol edilip sonuçlar dosyalanmaktadır.

Kurşun yelekler 6 ayda bir radyoloji uzman hekimi ve sorumlu teknisyen tarafından kontrol edilip kayıt altına alınmaktadır.

Radyoloji bölümü çalışanları Ağır Tehlikeli İşler Yönetmeliğine göre ağır ve tehlikeli iş kapsamına girdikleri için 6 ayda bir hematolojik testleri ve periferik kan yayma testleri yapılmaktadır. Yılda bir defa da dermatolojik muayene yapılmaktadır. Sonuçlar kurum hekimi tarafından değerlendirilip çalışabilir/çalışamaz onayı verildikten sonra kayıt altına alınmaktadır.

6.5 Hasta / Hasta Yakını Güvenliği

Hasta/hasta yakınına çekimden önce bilgilendirme yapıp, hamile olma olasılığı sorulur. Çekim esnasında ihtiyaca göre kurşun önlük, gonat koruyucu, troid koruyucu kullanılır. Seyyar röntgen cihazı ile servislerde (yoğun bakım, yeni doğan, yeni doğan yoğun bakım gibi) yapılan çekimlerde; teknisyen, hasta ve personel güvenliği ile ilgili ihtiyaç duyulan ekipmanların (kuşun önlük, gonat koruyucu, troid koruyucu) kullanılmasında özen gösterilmelidir.

6.6 Hatalı Çekimler

Radyoloji bölümünde yapılan hatalı çekimlerle ilgili olarak otomasyon üzerinden hatalı çekim yapılan hasta üzerinden kayıt alınır ve sonuçlar aylık olarak radyoloji hekimi tarafından değerlendirilir. Gerek görülmesi durumunda **düzeltilici ve önleyici faaliyetler prosedürüne** uygun olarak düzeltici ve önleyici faaliyetler yapıp kayıt altına alınır.

6.7 Cihaz Yönetimi



Radyoloji bölümünde bulunan cihazların kalibrasyon işlemlerinden, bakım ve onarım işlerinden radyoloji sorumlu teknisyeni sorumludur. Kalibrasyon planına göre kalibrasyon zamanı yaklaşan cihazlarla ilgili Tıbbi Cihaz bölümüne bilgi verilir. Kalibrasyonu yapılan cihazların kalibrasyon etiketi cihazlara yapıştırılır, kalibrasyon raporları cihaz dosyasında saklanır. Yıllık/aylık bakım planına göre bakımı gelmiş cihazların bakımlarının yapılması sağlanır. Bunun dışında cihazlara yapılan her türlü işlem ile ilgili belgelerin de bir kopyası cihaz dosyasında saklanır.

6.8 Radyasyon Güvenliği Komitesi

Radyasyon Güvenliği Yönetmeliğine göre Radyasyon Güvenliği Komitesi oluşturmak zorunludur. Radyasyon Güvenliği Komitesinde bulunan personel ve görevleri Radyasyon Güvenliği Komitesi İş-Görev Tanımı ile belirlenmiştir. Radyasyon Güvenliği Komitesi 3 ayda bir toplanır, radyasyon güvenliği ve radyoloji ünitesinde yapılacak iyileştirmeler ile ilgili kararlar alınır. Ayrıca Radyasyon Güvenliği El Kitabının güncel olmasından zorunludurlar.

6.9 Radyoloji Ünitesi Temizliği ve Atıklar

Radyoloji ünitesinin temizliği **Hastane Temizlik Prosedürüne** uygun olarak belirtilen zamanlarda yapılır. Yapılan temizlikler radyoloji sorumlu teknisyeni ve/veya temizlik hizmetleri sorumlusu tarafından Temizlik Kontrol Çizelgesi ile kontrol edilir. Atıklar ise **Atıkların Toplanması, Taşınması ve Depolanması Prosedürüne** uygun olarak toplanır, taşınır ve

 ÖZEL ORDU HASTANESİ	RADYOLOJİ ÜNİTESİ İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ			
DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
RG.PR.01	01.01.2019	0	-	Sayfa 3 / 3

depolanır. Tıbbi atıklar, birim içerisinde çeşitlerine göre ayrılır ve tıbbi atık görevlisi tarafından periyodik aralıklarla toplanır. Radyoloji ünitesindeki kimyasal atıklar (atık banyo solüsyonları) özel toplama kaplarında toplanır. Bakanlık tarafından yetki verilen ve kurum tarafından açılan ihaleyi alan firma belirli periyotlarda kimyasal atıkları alır.

6.10 Uygunsuzlukların Tespiti ve Düzeltici Önleyici Faaliyetlerin Planlanması

Radyoloji ünitesinde herhangi uygunsuzluk yaşanması durumunda **Olay Bildirim Formu** ile kayıt altına alınır. Eğer ilgili uygunsuzluk hasta ve çalışan güvenliği bakımından risk taşıyorsa Hasta Çalışan Güvenliği Komitesi tarafından rutin toplantılarında görüşülerek karar alınır. Eğer uygunsuzluk ile ilgili bir düzeltici ve önleyici faaliyet planlanacaksa, **Düzeltilici ve Önleyici Talep Formu** ile kayıt altına alınır. **Düzeltilici ve Önleyici Faaliyetler Prosedürüne** uygun olarak gerekli işlemler yapılır ve kayıt altına alınır.

7. İLGİLİ DÖKÜMANLAR

- 7.1** Hastane Temizlik Prosedürü
- 7.2** Atıkların Toplanması, Taşınması ve Depolanması Prosedürü
- 7.3** Olay Bildirim Formu
- 7.4** Düzeltici ve Önleyici Talep Formu
- 7.5** Düzeltici ve Önleyici Faaliyetler Prosedürü

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