
	TIBBİ KAYIT VE ARŞİV HİZMETLERİ İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ			
DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
TA.PR.01	01.01.2019	0	-	Sayfa 1 / 4

1. AMAÇ: Teşhis ve tedavi amacıyla gelen hastalara, yaralılara, acil ve adli vakalara ait kayıtların ve kullanılan dokümanların toplanmasına, bu dokümanların hastaların daha sonraki başvurularında veya araştırmacılar ile adli makamlarca her istenildiğinde hazır bulundurulmasına ilişkin olarak merkezi tıbbi kayıt ve arşiv sisteminin çalıştırılmasına ve tasnif-temin-muhafaza işlemlerinin yürütülmesine dair usul ve esasları belirlemektir.

2. KAPSAM: Arşiv faaliyeti kapsamında yürütülen çalışmalar.

3. KISALTMALAR

4. TANIMLAR

Standart Dosya Planı: Kurum ve kuruluşların iş ve işlemleri sonucunda teşekkül eden belgelerin, sistemli bir şekilde dosyalanmasını sağlamak üzere önceden hazırlanmış konu ve konu numaraları envanteridir.

Sabit Dosya Numarası: Yatarak tedavi olan hastaların almış oldukları hasta kayıt numaralarının tek bir dosya numarasında birleştirilmesi işlemidir.

Koruma Yükümlülüğü: Elde bulunan her türlü evrakın zararlı olabilecek tüm unsurlardan korunmasıdır.

5. SORUMLULAR: Başhekim, Hastane Müdürü, Başhemşire, Arşiv Birimi Çalışanı.

6. FAALİYET AKIŞI

6.1. HANGİLERİNİN ELEKTRONİK ORTAMDA HANGİLERİNİN KÂĞIT ORTAMINDA

MUHAFAZA EDİLECEĞİ Hasta yatış dosyası ile birlikte içerisindeki bütün belgeler (muhteviyatı), elektronik ortama aktarılır. Ayrıca bu dosyalar ile muhteviyatı arşivimize ait depolarda muhafaza edilir.

6.2. TIBBİ KAYITLARLA İLGİLİ SORUMLULAR VE SORUMLULUKLARI.

Tıbbi kayıtlar yatan hastaların dosyaları hasta yattığı süre boyunca servis hemşiresi ve sekreterine aittir. Hasta taburcu olduktan sonra muhasebe bölümüne teslim edilir oradan arşive teslim edilir. Poliklinikler ameliyathane gibi bölümlerde biriken onam formu anestezi formunun kopyası vb. formlar klasörler doluncaya kadar bölüm de çalışan doktor, hemşire, anestezi teknikeri yada sekreterin sorumluluğunda arşive teslim edildiği andan itibaren Arşiv sorumlusunun sorumluluğundadır.

6.3. HASTANE STANDART DOSYA PLANI VE İÇERİĞİ

Standart Dosya Planı: Kurum ve kuruluşların iş ve işlemleri sonucunda teşekkül eden belgelerin, sistemli bir şekilde dosyalanmasını sağlamak üzere önceden hazırlanmış konu ve konu numaraları envanteridir.

Hasta dosyası İçeriği:

Hasta dosyasında bulunması gereken evrak listesine göre kontrol edilerek teslim alınır.

Hasta yatış kabul kağıdı,

Tıbbi müşahade ve muayene kağıdı

Hasta takip formu (ANTA takibi)

Hasta tabelası

Röntgen istek kağıdı ve raporları

Laboratuvar istek kağıdı ve tetkik raporları

Ameliyat kağıdı



Çıkış özeti

6.4. GENEL İŞLEYİŞ

Hastanemizde poliklinik protokol defterleri, epikrizler, laboratuvar, görüntüleme tetkikleri Bizmed programında kayıt edilir ve sövrüda kayıtlar saklanır. Hastalara ait dosyalar, onam formları, kalite kayıtları, faturalar, muhasebe evrakları arşivde dosyalanarak saklanırlar.

Tıbbi Kayıtlarla İlgili Sorumlular Ve Sorumlulukları

Tıbbi kayıtlar yatan hastaların dosyaları hasta yattığı süre boyunca servis hemşiresi ve sekreterine aittir. Hasta taburcu olduktan sonra muhasebe bölümüne teslim edilir oradan arşive teslim edilir. Poliklinikler ameliyathane gibi bölümlerde biriken onam formu anestezi formunun kopyası vb. formlar klasörler doluncaya kadar bölüm de çalışan doktor, hemşire, anestezi teknikeri yada sekreterin sorumluluğunda arşive teslim edildiği andan itibaren Arşiv sorumlusunun sorumluluğundadır.

	TIBBİ KAYIT VE ARŞİV HİZMETLERİ İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ			
DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
TA.PR.01	01.01.2019	0	-	Sayfa 2 / 4

Hastanemizde yatan hasta dosyalarının içeriği **Hasta Dosyası Planı ve Kontrol Formuna** göre oluşturulur ve takip edilir.

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nin 66. maddesine göre hastane kliniklerine yatırılan hastalara ait işi biten dosyalar, Arşiv Birimi'nde bir sıra ve düzen içerisinde muhafaza edilir.

Tıbbi kayıtlara erişimde bilgi mahremiyeti ve güvenliği sağlanır. Bölümlere göre Bizmed yetkilendirmesi yapılır. Bilgiye erişim sınırlıdır. Örneğin: Dahiliyede çalışan sekreter diğer bölümlerin epikrizlerini göremez. Görev tanımlarında Gizlilik ve mahremiyet ihlali konusu ifade edilir. Gizlilik ve mahremiyet ihlali durumunda işe alma işten Ayrılma prosedürüne göre işlem yapılır.

Hasta dosyalarının Hazırlanması ve arşive Teslimi

Hastanemize müracaat ederek muayene olan ve yatış kararı verilen hastanın yatışı poliklinik doktoru tarafından yatış işlemlerinin yapılması için kliniğe yönlendirilir.

Hasta, klinik sekreterine müracaat ederek yatış işlemlerini başlatır.

Hasta kabul edilirken hastaya ait bilgiler girildiğinde hastanın daha önceden yatışının olup olmadığı sistemde görülür. Var ise aynı dosya numarası ile yatış işlemi yapılır, yok ise yeni bir dosya numarası verilerek yatış işlemi gerçekleştirilir.

Mesai saatleri dışında yatış işlemleri acil müracaat tarafından yapılır.

Taburcu olma kararı verilen hasta için asistan doktor tarafından taburcu işlemi yapılır.

Klinikte içeriği kontrol edilen ve işi biten hasta dosyaları klinik sekreteri tarafından bilgisayar ortamında arşiv kayıt formuna listelenir ve ilgili yerler imzalanarak arşiv birimine belirli bir düzen içerisinde teslim edilir.

Dosyaların Arşive Yerleştirilmesi

Dijital ortama kaydedilmeyen hasta dosyaları arşiv biriminde bir sıra ve düzen içerisinde muhafaza edilir.

İlgilere Dosyaların Arşivden Teslimi ve Geri Alınması

Doktorlarca (tedavi amaçlı) gerek görülmesi halinde poliklinik ve kliniğe başvuran ve daha önceki yatışı olan hastanın eski dosyası ya da dosyaları, dilekçe düzenlenerek tıbbi arşivden istenir. Başhekimin izni ile dosya verilir. Dosyaların incelenmesi tamamlandıktan sonra tıbbi arşive iade edilir.

Dosyaların Saklanması ve İmhası

Kliniklerden taburcu olan hastalara ait işi biten dosyalar, tıbbi arşiv biriminde ve depolarda, bir sıra ve düzen içerisinde muhafaza edilir. Hasta yatış dosyaları tıbbi arşiv biriminde ve depolarda saklanır, imha edilmez.

Adli Vaka Dosyaların Yönetimi:

Adli vaka raporlarının bir nüshası ve tıbbi evrakları dosyalarıdır. Adli vaka kaydı yapılır. Arşiv numarasına göre ilgili bölüme kaldırılır.

Yatan Hasta Dosyaları Teslim Alma İşlemi:

Hasta dosyasında bulunması gereken evrak listesine göre kontrol edilerek teslim alınır.

- Hasta yatış kabul kağıdı,
- Tıbbi müşahade ve muayene kağıdı
- Hasta takip formu (ANTA takibi)
- Hasta tabelası
- Röntgen istek kağıdı ve raporları
- Laboratuvar istek kağıdı ve tetkik raporları
- Ameliyat kağıdı
- Çıkış özeti

Yatan hastaların dosyaları, hasta taburcu olduktan sonra sırasıyla; ilgili sekreter ve medikal muhasebe incelemeleri tamamladıktan sonra arşiv görevlisine teslim edilir.

Otomasyon üzerinden arşiv numarası verilen dosyalar, arşivde ayrılan bölüme kaldırılır.

Dosya tesliminde sorun çıktığı zaman mesul müdüre tutanak ile bilgi verilir.

Müşahade Evrakları Teslim Alma İşlemi:

Acil serviste hazırlanan müşahade evrakları ayda bir birim sorumlusu tarafından arşive teslim

DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
TA.PR.01	01.01.2019	0	-	Sayfa 3 / 4

edilir.

Resmi Evrak Teslim Alma İşlemi:

Hastane birimlerine ait evraklar arşive teslim edilir. İlgili bölümlere yıl sırası ile kaldırılıp muhafaza edilir.

Saklama Süreleri Dolan Evrakların İmhası:

Birim arşivlerinde saklama süreleri dolan resmi evrakın ilgili yönetmelik gereği imha komisyonu tarafından tutanak ile imhası sağlanır.

Koruma yükümlülükleri şu esasları içermektedir:

Yangın, hırsızlık rutubet, su baskını, her türlü hayvan ve haşaratin tahriplerine karşı gerekli tedbirlerin alınmasını sağlamak,

Yangına karşı, yangın söndürme cihazlarının yangın talimatı çerçevesinde daimi çalışır durumda bulundurulmasını sağlamak,

Arşivin her bölümünde uygun yerlerde higrometre bulundurmak suretiyle, rutubetin %50-60 arasında tutulmasını sağlamak,

Yılda en az bir kez mikroorganizmalara karşı koruyucu tedbir olarak arşiv depolarının dezenfekte edilmesini sağlamak,

Isının mümkün olduğu kadar sabit tutulmasını sağlamak

Uygunluk Kontrolü:

Arşive devredilecek malzemeler gözden geçirilerek sıra numaralarında eksiklik olup olmadığı,

Dosya içindeki evrakın gerektiği biçimde dosyalanıp dosyalanmadığı,

Ciltli olarak saklanması gerekenleri ciltlenip ciltlenmediği,

Sayfalarının eksik yırtık olup olmadığına bakılır, varsa tamamlanır.

Arşivde saklanan evrak ve kayıtlar aşağıda listelenmiştir:

Gelen Evrak

Giden Evrak

Adli Rapor Formları

Adli Raporu bulunan hastaların tıbbi evrakları

Hasta dosyaları

Hasta Dosyalarının Saklanması

Hasta yatış dosyaları tıbbi arşiv biriminde ve depolarda saklanır, imha edilmez.

Kalite Kayıtlarının Arşivlenmesi ve saklanması:

Kalite ile ilgili tüm kayıt ve dokümanlar 5 yıl süre ile saklanır.

Kalite Yönetim Biriminin takip ettiği kalite kayıtları (Gösterge, döküman, eğitim, memnuniyet anketleri, öneri ve şikayet vb) 5 yıl sonunda Takip formları Kalite birimi tarafından imha edilir.

Kalite dokümanları (prosedür, talimat, form, liste, plan, rehber vb) orjinallari Kalite Yönetim Biriminde süresiz muhafaza edilir.

Hastane içinde bölümlerde yapılan takiplerde kullanılan takip formları (ısı nem takip, ilaç sayım, temizlik kontrol vb.) geriye dönük 1 yıl muhafaza edilir 1 yılı geçen formlar, ilgili bölüm sorumlusu tarafından imha edilir.

Arşiv Güvenliği

İhtiyaç duyuldukça arşiv haşerelere karşı ilaçlama yapılır.

Yangına karşı yangın söndürme cihazı daimi çalışır durumda bulundurulur, periyodik kontrolleri yapılır.

Arşivde ısı ve nem takibi yapılmaktadır. Nemölçer cihaz kullanılmaktadır. Günlük olarak nem takibi yapıлып kaydedilir. Birimin ısısı mümkün olduğunca aynı seviyede tutulur.



Arşivde tüm dolaplar yerden yüksek yapılmıştır.

Arşiv personelinin arşivde bulunmadığı zamanlarda arşiv kilitli tutulur. Arşiv anahtarının yedeği gündüz arşiv sorumlusunda, gece nöbetçi müdürlükte bulunur.

Arşiv personelleri yangın, su baskını gibi durumlara yönelik acil prosedürüne göre hareket eder.

Tıbbi Arşivde Evrak İmha İşlemi

Tıbbi arşivde imha edilebilecek nitelikteki dokümanlar, tutanak altında imha edilir.

 ÖZEL ORDU Sevgi HASTANESİ	TIBBİ KAYIT VE ARŞİV HİZMETLERİ İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ			
DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
TA.PR.01	01.01.2019	0	-	Sayfa 4 / 4

Tutanakta imha edilecek dokümanın ismi, doküman sıra numarası, imha edilecek dokümanın üzerinde yazılı olan tarih (dokümanın hangi tarihte doldurulduğunu gösteren tarih) bilgileri yer alır.

İmha edilecek dokümanlar imha işleminden önce tarih sırasına göre Bashekim'e raporlanır. Bashekim onayı ile imha edilir.

7. İLGİLİ DOKÜMANLAR

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